

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Kann man Empathie lernen?
Ärztliche Empathie als Ausbildungsgegenstand im
Medizinstudium

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von Evelyn Ute Zschocke

aus Rodewisch

Datum der Promotion: 26.02.2016

Inhaltsverzeichnis

1 Abstrakt	6
2 Einleitung	9
2.1 Thematische Einführung.....	9
2.2 Empathie – historische Herleitungen und Dimensionen.....	11
2.2.1 Empathie – eine affektive Fähigkeit.....	12
2.2.2 Empathie – eine kognitive Fähigkeit.....	13
2.2.3 Empathie – eine multidimensionale Konzeption.....	14
2.2.4 Empathie – eine soziale Kompetenz.....	14
2.2.5 Empathie – weitere Aspekte.....	15
2.3 Konzeptionen ärztlicher Empathie.....	16
2.4 Empathie als ärztliche Kompetenz – Studienlage.....	19
2.4.1 Bedeutung für die Versorgungsqualität.....	19
2.4.2 Ärztliche Empathie und medizinische Ausbildung.....	20
2.4.2.1 Bestandsaufnahme: Wie empathisch sind Medizinstudierende?.....	20
2.4.2.2 Lernziel Ärztliche Empathie: Methoden und Ergebnisse.....	22
2.4.3 Messinstrumente in medizinischer Ausbildung und Patientinnenversorgung.....	24
2.5 Definitionen.....	26
2.5.1 Kompetenz.....	26
2.5.1.1 Systematik der Kompetenzen.....	27
2.5.1.2 Das Empathiemodell nach Mercer: Empathie als multidimensionale Kompetenz.....	28
2.5.2 Einstellung und Verhalten.....	30
2.5.2.1 Einstellung.....	30
2.5.2.2 Verhalten.....	31
2.5.2.3 Wechselwirkung von Einstellung und Verhalten.....	31
2.6 Empathie – Lernziel im Medizinstudium.....	33
2.6.1 Wie lernen Medizinstudierende am besten? – Aktuelle Debatten der Medizindidaktik.....	33
2.6.2 Erwerb sozialer und kommunikativer Kompetenzen im Medizinstudium.....	38
2.6.2.1 Positionspapiere und medizinische Curricula.....	38
2.6.2.2 Dimensionen von Empathie im Basler Consensusstatement 2008.....	39
2.6.2.3 Beispiele aus deutschen Fakultäten.....	39
2.6.2.4 Das Curriculum der Charité – Berliner Universitätsmedizin.....	40
2.6.2.5 Operationalisierung sozialer und kommunikativer Kompetenzen im Curriculum des Modellstudiengang der Charité Universitätsmedizin Berlin.....	42
2.6.2.6 Zwischenfazit.....	44
2.6.3 ÄGF 2 - Konzept und Durchführung.....	44
3 Fragestellung	46

4 Methodik	47
4.1 Forschungsstrategie.....	47
4.2 Triangulation qualitativer und quantitativer Methoden.....	49
4.3 Die qualitative Methode des Fokusgruppen-Interviews.....	50
4.4 Auswahl der Untersuchungsgruppe.....	52
4.5 Messinstrumente.....	52
4.6 Datenerhebung.....	53
4.7 Datenaufbereitung und Auswertung.....	54
4.7.1 Statistische Auswertung der Evaluationsergebnisse.....	55
4.7.2 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring.....	55
5 Ergebnisse	59
5.1 Auswertung der Kursevaluation.....	59
5.1.1 Geschlossene Fragen.....	59
5.1.2 Offene Fragen.....	64
5.2 Auswertung der Fokusgruppen-Interviews.....	68
5.2.1 Dimensionen ärztlicher Empathie	68
5.2.1.1 Einstellungsbezogene Aspekte von Empathie	69
5.2.1.2 Handlungsbezogene Aspekte von Empathie.....	72
5.2.1.3 Ärztliche Empathie – zwischen Professionalität und Authentizität.....	75
5.2.1.4 Zwischenfazit.....	78
5.2.2 Kommunikations- und Empathiekompetenz – Lerngelegenheiten im Studium.....	79
5.2.2.1 Unterricht am Krankenbett (UaK).....	80
5.2.2.2 Pflegepraktikum und Famulatur.....	81
5.2.2.3 Gesprächsführungskurse, Psychologiekurse, Kurs „Schmerz“.....	83
5.2.2.4 Anamnesegruppen.....	85
5.2.2.5 Kommunikationskurse im medizinischen Bereich.....	86
5.2.2.6 Positive Beispiele – Vorbilder – negative Beispiele.....	86
5.2.2.7 Feedback	86
5.2.2.8 Zwischenfazit.....	87
5.2.3 Aspekte der Kompetenzbildung im Kurs ÄGF 2.....	89
5.2.3.1 Exposition	90
5.2.3.2 Setting und Lernatmosphäre.....	97
5.2.3.3 Wissensvermittlung, formell und informell.....	101
5.2.3.4 Motivation als Kompetenzmotor.....	106
5.2.4 Einschätzungen zur Lernbarkeit empathischer Fähigkeiten	106
5.2.4.1 Empathie als Grundeinstellung/ Haltung – modifizierbar oder nicht?.....	107
5.2.4.2 Empathie als modifizierbares Verhalten	112
5.2.4.3 Zwischenfazit.....	115

6 Diskussion	116
6.1 Empathie als menschliche Befähigung und professionelle Kompetenz – Einschätzungen zur Lernbarkeit.....	116
6.1.1 Abgleich studentischer Einschätzungen mit theoretischen Modellen (ärztlicher) Empathie.....	116
6.1.2 Empathie lernen – Einschätzungen zur Modifizierbarkeit ärztlicher Empathie.....	119
6.1.3 Ärztliche Empathie und Professionalität.....	121
6.1.4 Soziale Bedingungen von Empathie.....	121
6.2 Schulung sozialer und kommunikativer Kompetenzen im Medizinstudium – Feedback und Vorbilder	123
6.3 Kompetenzbildung im Kurs ÄGF 2.....	128
6.3.1 Lernaspekte der Rolle der Ärztin.....	128
6.3.2 Lernaspekte der Betroffenenrolle.....	130
6.4 Fazit und Grenzen dieser Forschungsarbeit	134
6.4.1 Fazit.....	134
6.4.2 Grenzen und Fehlerbetrachtung.....	136
6.4.3 Implikationen und Ausblick.....	137
7 Literaturverzeichnis	138
8 Anhang	148
Danksagung	158

Abkürzungsverzeichnis

ÄGF 1	Ärztliche Gesprächsführung 1
ÄGF 2	Ärztliche Gesprächsführung 2
CARE	„Consultation and Relational Empathy“ Measure
d.h.	das heißt
ebd.	ebenda
et al.	und andere
ggf.	gegebenenfalls
JSPE	Jefferson Scale of Physician Empathy
KIT	Kommunikation, Interaktion & Teamarbeit
OSCE	Observed structured clinical evaluation
PNU	Patienten-naher Unterricht
POL	Problemorientiertes Lernen
SPU	Supervidierte Patientenuntersuchung
UAK	Unterricht am Krankenbett
u.U.	unter Umständen
z.B.	zum Beispiel

1 Abstrakt

Hintergrund:

Ärztliche Empathie ist ein entscheidender Faktor für Patientinnenzufriedenheit und Versorgungsqualität. Für Studierende stellt die empathische Kommunikation mit Patientinnen eine besondere Herausforderung dar und ist in der medizinischen Ausbildung verschiedener Fakultäten unterschiedlich implementiert. Der Kurs „Ärztliche Gesprächsführung 2 – Überbringen schlechter Nachrichten“ (ÄGF 2) des auslaufenden Regelstudienganges der Charité Universitätsmedizin Berlin befasst sich mit Gesprächssituationen schwierigen Inhalts, z.B. akuten, chronischen und infausten Diagnosen sowie Todesnachrichten.

Methode:

Analysiert wurden die Evaluationsdaten des Kurses ÄGF 2 des Wintersemesters 2008/2009, bestehend aus 19 geschlossenen Items und 4 offenen Fragen. Darüber hinaus wurden 14 Studierende des gleichen Semesters in Fokusgruppen-Interviews befragt. Die erhobenen Daten der geschlossenen Items wurden mittels deskriptiver Statistik ausgewertet. Die Auswertung sowohl der Freitextantworten auf offene Fragen im Rahmen der Semesterevaluation als auch der Fokusgruppen-Interviews erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring.

Ergebnisse:

Obwohl Medizinstudierende permanent mit kommunikativen Situationen konfrontiert sind, empfinden sie die meisten Lehrformate als nicht oder nur eingeschränkt zur Schulung ihrer kommunikativen und sozialen Fähigkeiten geeignet. Ihre persönlichen Einschätzungen zum Begriff der ärztlichen Empathie sind heterogen und umfassen sowohl eher handlungs- als auch einstellungsbezogene Aspekte. Abhängig vom Fokus des Empathiebegriffes variieren auch die Einschätzungen zur Lernbarkeit von Empathie. Der Kurs ÄGF 2 beinhaltet verschiedene didaktische Aspekte, wobei das erfahrungsbasierte Konzept (Ausfüllen der Rolle der Ärztin, Patientin oder Angehörigen) überwiegend als kompetenzbildend erlebt wird. Besonders kontrovers wird die Vermittelbarkeit emotionaler Aspekte ärztlicher Empathie diskutiert, wobei das Einnehmen der Betroffenenrolle und die damit verbundene Emotionalität das Potential zur Fokussierung emotionaler Empathieaspekte hat.

Schlussfolgerung:

Ärztliche Empathie als soziale und kommunikative Kompetenz sollte als wichtige ärztliche Kompetenz notwendiger Bestandteil des medizinischen Curriculums sein. Sie kann nach Einschätzung der Studierenden zumindest in Teilaspekten sinnvoll methodisch adressiert werden. Für seine didaktische Aufarbeitung muss ärztliche Empathie in seiner Multidimensionalität erfasst und sowohl in Lernzielen als auch in Methoden abgebildet werden. Der Lernbarkeit von emotionalen oder einstellungsbezogenen Aspekten von ärztlicher Empathie stehen die Studierenden besonders kritisch gegenüber. Erfahrungsbasierte Lernformate wie das Ausfüllen der Betroffenenrolle (Patientin bzw. Angehörige) in einem simulierten Gespräch zwischen Ärztin und Patientin können aber durch die Erfahrung der Emotionalität der Betroffenenrolle diese Empathieaspekte schulen. Inwiefern die Fokussierung auf ärztliche Empathie im Medizinstudium eine empathischere Kommunikation mit Patientinnen im späteren ärztlichen Alltag bewirkt, sollte Gegenstand weiterer longitudinaler Forschungsarbeiten sein.

Abstract

Background:

Doctors' empathy is a crucial factor to ensure patients' content with medical treatment and quality of care.

However, to communicate empathetically with patients seems to be a challenge for medical students. Suitable skills trainings vary widely in extent and content between the curricula of different German medical schools.

The course „Ärztliche Gesprächsführung (“Medical conversation”) 2 – Breaking bad news“ (ÄGF 2) implemented in the currently changing medical students curricula at the Charité Universitätsmedizin Berlin addresses difficult situations in doctor-patient communication, including acute, chronic or fatal diagnoses, as well as informing relatives about a loved one's death.

Methods:

We analysed data from the evaluation of the course ÄGF 2 during fall term 2008/2009, consisting of 19 closed items and 4 open-ended questions. In addition, 14 students who

participated in this course were interviewed in focus groups. Data generated from the closed items was analysed with methods of descriptive statistics. Data generated from the open-ended questions as well as from the interviews was analysed with qualitative methods (Qualitative Content Analysis according to Phillip Mayring).

Results:

Although medical students are constantly exposed to situations requiring communicative and social skills, the curriculum was perceived as little or non-effective in order to improve these. Students' understanding of the term "doctor's empathy" appeared to be heterogeneous, comprising behavioural aspects (skills) as well as underlying fundamental attitudes. Depending on the personal understanding of empathy, the assumption whether or not it is possible to teach and learn empathy in medical school differs widely.

The course ÄGF 2 offers diverse concepts which intent to teach empathic competence, addressing different aspects of empathy. Taking the patient's, relative's or doctor's position, and thus, their experience in a role play was reported to establish empathic competence effectively. Nevertheless, it was controversially discussed whether it is possible to address emotional aspects of empathy in particular (as opposed to more behavioural aspects). The experience of patient's role with its inherent emotionality has the potential to convey emotional aspects of empathy as well.

Conclusion:

Empathy is a social skill and a crucial part of doctor's communicative competence. Therefore, it should be an essential part of medical training. According to the interviewed students, at least some aspects of empathy can be addressed in a reasonable way. To address empathy didactically, it is essential to perceive the term with its multiple dimensions and aspects. Those need to be reflected in educational objectives of medical curricula, and finally in didactic methods.

Students are particularly doubtful whether it is possible to learn emotional aspects of empathy and adopt empathy as an attitude. Techniques which are experience-based, e.g. stepping in the role of the patient in a doctor-patient communication role play, offer the opportunity to experience the emotions of a patient and to focus on learning emotional aspects of empathy.

Future longitudinal research should explore whether focusing on empathy in medical curricula has an impact on former students' empathy later in their professional lives.

2 Einleitung

2.1 Thematische Einführung

Ansprüche an ärztliches Handeln sind im Wandel. Der „Halbgott in Weiß“ ist schon seit langem nicht mehr unumstritten, und der Faktor Patientinnenzufriedenheit¹ wird in Internetforen und Krankenhausumfragen zur Währung, in der abgerechnet wird. Die Ärztinnenschaft ist heterogen bezüglich der Ansprüche, die damit an sie herangetragen werden. Für viele Ärztinnen jedoch stellt der Konflikt zwischen dem eigenen Anspruch an gute Kommunikation mit Patientinnen und den mangelnden zeitlichen Ressourcen im hoch verdichteten Krankenhaus- oder Praxisalltag eine der Hauptherausforderungen im Hinblick auf ihr professionelles Selbstverständnis dar. Kommunikative und soziale Kompetenzen werden längst als dem Beruf der Ärztin ebenso zugehörig empfunden, wie umfassende fachliche Kenntnisse. Ebenso wird ihr Mangel – sei der Grund dafür nun das Fehlen von Kompetenz oder von Zeit – als degradierender Faktor der Behandlungsqualität wahrgenommen.

Ärztliche Empathie als eine zentrale Kompetenz ist zum Schlagwort der Massenmedien geworden. Aber auch die Fachpresse hat den Faden aufgenommen: „Arzt oder Mediziner: Empathie statt Aktionismus“ [1] titelt zum Beispiel das deutsche Ärzteblatt und diskutiert in einer anderen Ausgabe unter der Überschrift „Was ist ein guter Arzt?“ [2] Fragen ärztlicher Haltung und gelungener Patientinnenfürsorge. Neben dem entscheidenden Einfluss empathischer ärztlicher Gesprächsführung auf die Zufriedenheit von Patientinnen mit ihren Behandlerinnen ist auch der Einfluss auf die „harten Fakten“ der Patientinnenversorgung gut belegt: Ärztliche Empathie wirkt sich positiv auf die Präzision in Anamneseerhebung und Diagnostik aus, erhöht die Compliance und korreliert vermutlich genau aus diesem Grund mit einem besseren therapeutischen Outcome.²

Nachdem soziale und kommunikative Kompetenzen in der universitären Ausbildung Medizinstudierender jahrzehntelang vernachlässigt und bestenfalls in freiwilligen Zusatzangeboten dem Engagement der Studierenden überlassen wurden, sind sie inzwischen in

1 Der besseren Lesbarkeit wegen und um den Mehrheitsverhältnissen der Studierendenschaft an medizinischen Fakultäten und bei ärztlichen Konsultationen Rechnung zu tragen, wurde für die vorliegende Arbeit bei Personenangaben (sofern keine universelle Bezeichnung gebräuchlich ist) stets die weibliche Form gewählt. Menschen jeglicher Geschlechtsidentifikation sind dabei in gleichberechtigter Weise gemeint. Zitate geben die gewählten Personenangaben stets im Original wieder.

2 Vgl. ausführliche Ausführungen dazu im Kapitel 2.4.1, S. 19.

den Curricula der meisten deutschen Hochschulen angekommen. Eine Richtlinie, welche Kompetenzen genau und in welcher Umsetzung Teil der medizinischen Ausbildung sein sollten, ist in Form eines „Nationalen kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin“ auf dem Weg und steht kurz vor ihrer Veröffentlichung.³

Wie aber werden aus Medizinstudierenden empathischere Ärztinnen? Ärztliche Empathie zum Gegenstand universitärer Ausbildung zu machen ist alles andere als trivial. Ihre Schulung setzt eine präzise Auseinandersetzung mit den Inhalten dieses Terminus voraus, eine Analyse der genauen Eigenschaften und Fähigkeiten, die eine Ärztin letztlich empathisch machen und die Formulierung konkreter Lernziele, um sich diesen Vorstellungen anzunähern. Zudem ist eine isolierte Schulung ärztlicher Empathie kaum sinnvoll oder vorstellbar, sondern stets zugleich Teil und Summe komplexer sozialer Kompetenzen und kommunikativer Fähigkeiten. Die Operationalisierung von Empathie in konkrete Lernziele ist Gegenstand fachlicher Diskussion; Lehrformate und Methodik unterliegen stetiger Weiterentwicklung und Evaluation. Zu guter Letzt besteht unter Studierenden – also zukünftigen Ärztinnen – noch nicht einmal Konsens darüber, was Empathie und empathische Kommunikation zwischen Ärztinnen und Patientinnen eigentlich sein soll.

Die vorliegende Arbeit basiert auf Erfahrungen aus einem Lehrformat, das konkret und explizit die Schulung sozialer und kommunikativer Kompetenzen adressiert und im Regelstudiengang der Charité Universitätsmedizin Berlin erstmalig curricular implementiert wurde. Inhalt des Kurses „Ärztliche Gesprächsführung 2 – Überbringen schlechter Nachrichten“ (ÄGF2) sind schwierige Gesprächssituationen zwischen Ärztin und Patientin bzw. Angehöriger.

Die Arbeit wird zeigen, dass der Umgang mit schwierigen Gesprächssituationen und Empathie als Faktor ärztlichen Kommunizierens und Handelns für Studierende eine Herausforderung und oftmals eine Überforderung darstellt. So wichtig Empathie als ärztliche Kompetenz durch Studierende eingeschätzt wird, so wenig tauglich werden viele Lehrformate zu deren Schulung empfunden. Es wird sich zeigen, dass es einer sinnvollen Operationalisierung des Begriffes der ärztlichen Empathie bedarf, um sich den verschiedenen Aspekten mit begründeten Methoden und nachvollziehbaren Lernzielen zu nähern.

Trotz der unbedingt zu respektierenden biographischen Prägungen und individuellen Zugänge

³ Die Veröffentlichung ist zum Zeitpunkt des Abschlusses dieser Arbeit für Mai 2015 terminiert. Der aktuelle Stand ist unter <http://www.mft-online.de/lehre/nationaler-kompetenzbasierter-lernzielkatalog-medizin> einsehbar.

der einzelnen Studierenden- und Ärztinnenpersönlichkeiten ist ärztliche Empathie ein zu entscheidender professioneller Faktor in der Versorgung von Patientinnen als dass er dieser Individualität (und Zufälligkeit) überlassen werden dürfte. Die Arbeit soll zeigen, dass ärztliche Empathie in seiner Multidimensionalität zwar komplex und eine besondere Herausforderung für die Hochschuldidaktik ist, methodische Zugänge aber erprobt und durchaus erfolgreich sind und breitere Implementierung in der ärztlichen Ausbildung finden dürfen.

2.2 Empathie – historische Herleitungen und Dimensionen

Das Wort „Einfühlung“ als psychologischer Begriff wurde erstmals 1903 von dem deutschen Ästhetiker Lipps gebraucht, der darunter einen emotionalen Zustand versteht, der auf ein Objekt weitergeleitet wird. Lipps beschreibt die Einfühlung im Rahmen seiner erkenntnistheoretischen Ausführungen als einen von drei Wegen, Erkenntnis zu generieren [3, 4].⁴ Das Konzept der Einfühlung wurde im Englischen 1909 von Titchener als „empathy“ eingeführt und damit der heute übliche Terminus geprägt: *„This is, I suppose, a simple case of empathy, if we may coin that term as rendering of Einfühlung“*. In Anlehnung an Lipps führt Titchener Empathie ein als *„the experiences, in which I not only see gravity and modesty and pride and courtesy and stateliness in the mind’s eye, but also feel and act them in the mind’s muscles.“* [5, S.27]

Erweitert und vertieft wurde das Verständnis von Empathie durch Rogers, der bereits 1953 auf die praktische Bedeutung für die Patientinnen-Therapeutinnen-Beziehung im Rahmen klinisch-psychologischer Interaktion verwies [6].⁵

In der Literatur finden sich verschiedene inhaltliche Ausrichtungen des Empathiebegriffes. Zumeist unterscheiden die Autorinnen eine affektive und eine kognitive Komponente:

4 Lipps beschreibt drei Aspekte auf die sich Bewusstseinsinhalte beziehen können, und über die Erkenntnis zu erlangen ist: Gegenständliche Erscheinungen der Außenwelt sind durch sinnliches Wahrnehmen erkennbar, eigenes Erleben ist der inneren Wahrnehmung zugänglich und über fremdes Erleben kann durch Einfühlung Erkenntnis gewonnen werden. Der Verweis auf Lipp’s Werk dient an dieser Stelle der historischen Einordnung des Empathiebegriffes und soll nicht weiter ausgeführt werden. Eine Zusammenfassung der Lipp’schen Erkenntnistheorie und eine ausführliche Aufarbeitungen des Empathiebegriffes als Forschungsgegenstand des letzten Jahrhunderts finden sich bei Neumann, 2008 [10] und Liekam, 2004 [5].

5 Vgl. Song, 2001, S. 101ff [6].

2.2.1 Empathie – eine affektive⁶ Fähigkeit

Bereits Lipps verstand unter Empathie eine stellvertretende affektive Reaktion auf die Notlage eines anderen. Verschiedene Autoren entwickelten dieses Konzept weiter und betonen dabei verstärkt das notwendige Bewusstsein der empathischen Person dafür, dass sich die ausgelöste Emotion auf das Erleben des anderen bezieht und damit deutlich unterscheidbar vom eigenen Erleben ist. Stellvertretend für andere Vertreter der Empathieforschung sei Friedlmeier zitiert, der formulierte: *„Empathie bezeichnet das emotionale Mitfühlen des emotionalen Zustandes einer anderen Person. Die Person ist sich bewusst, dass die ausgelösten Gefühle auf die Situation des anderen und nicht auf die eigene Situation gerichtet sind.“* [7]

Bierhoff ergänzt den Aspekt des aktiven Hineinversetzens in die Position eines anderen, die es ermöglicht zu empfinden, als wäre man diese Person. Er unterscheidet zwei Komponenten: Das Übernehmen der Perspektive einer anderen Person und das Nachempfinden des emotionalen Zustandes der anderen Person. Er unterscheidet Empathie als Disposition von einer situationsabhängigen Emotion. *„Es geht also einerseits um einen Teilbereich der altruistischen Persönlichkeit, andererseits um situationsspezifische Gefühlsreaktionen stellvertretender Art.“* [8]

Von grundlegender Wichtigkeit für das Verständnis von Empathie als affektives Geschehen ist eine genaue Definition der Qualität der bei einer empathischen Person ausgelösten Emotion. Eisenberg beschreibt die empathische Reaktion als kongruent, aber nicht identisch: *„The individual responds to another's emotion with an emotion that is not identical to the other's emotion, but is congruent with the other's emotional state and his or her welfare.“* [9, S.31, vgl. 10, S.16]

Empathie als affektive Fähigkeit muss unterschieden werden von einem nahen, aber deutlich zu unterscheidenden Affekt: dem Mitleid.

Mitleid beinhaltet neben der emotionalen Reaktion auf das Leiden eines anderen (also dem empathischen Miterleben) im Sinne einer Primärreaktion immer auch die emotionale Reaktion auf eben dieses empathische Miterleben bzw. unter Umständen sogar die Reaktion auf die bloße Vorstellung des Leidens eines anderen (also eine Sekundärreaktion) [5]. Liekam führt weiter aus, dass Mitleidsfähigkeit an sich noch kein Indikator für Empathiefähigkeit ist, da Mitleid nicht nur in einem differenzierten Miterleben des Leidens eines anderen gründet, sondern auch auf eine

⁶ Unter einem Affekt wird allgemein ein Gefühl und dessen Erscheinungsbild verstanden, z.B. Wut, Freude, Traurigkeit. Vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Affekt>.

unterentwickelte emotionale Kompetenz hinweisen kann, die nicht zwischen den eigenen Gefühlen und einer kongruenten Reaktion auf die Emotion anderer zu unterscheiden vermag [5].

Diese These wird gestützt durch eine Untersuchung von Hoffmann, der zwar keine Korrelation zwischen Empathiefähigkeit und altruistischem Verhalten, wohl aber einen Zusammenhang zwischen Altruismus und empathischem Distress zeigen konnte [5].⁷

Tägliches Mitleid und „Aufopfern“ mit seiner Implikation empathischen Distresses⁸ können die Qualität der medizinischen Versorgung einschränken, weshalb die Unterscheidung der beiden Qualitäten „Mitleid“ (engl. sympathy) und „Empathie“ von entscheidender Bedeutung ist: *„Both concepts involve sharing, but empathetic physicians share their understanding, while sympathetic physicians share their emotions with their patients.“* [11]

2.2.2 Empathie – eine kognitive Fähigkeit

Für das Verständnis von Empathie als eine kognitive Leistung finden sich bei Borke grundlegende Erklärungen. Er definiert Empathie als *„die Fähigkeit [...], die Gedanken, Perspektiven und Emotionen eines anderen zu erkennen und zu verstehen“*, wobei dies die Fähigkeiten zur *„Rollenübernahme bzw. Perspektivenübernahme“* voraussetzt [12].⁹ Das Erlernen der Fähigkeit zur Rollenübernahme ist entscheidend für die Entwicklung von Empathiefähigkeit, denn *„die Fähigkeit des Kindes, seine eigene Perspektive als eine Möglichkeit von vielen wahrzunehmen [...] [ist eine] wesentliche Voraussetzung für die Fähigkeit [...] zu verstehen, dass andere Menschen andere Meinungen haben können, nachzuvollziehen, wie Konflikte innerhalb zwischenmenschlicher Interaktionen zustande kommen, und zu erkennen, wie mit derartigen Informationen zielgerichtet umgegangen werden kann.“* [10] Messtechnische Annäherungen zeigen hier jedoch die Schwierigkeit der Abgrenzung (und damit die großen Überschneidungen) zur kulturspezifischen Bildung des Probanden, z.B. beim Erkennen von dargestellten Emotionen [13]. Auch die Tatsache, dass eine empathische

7 Hoffmann, 1976 nach Liekam, 2004 [5].

8 Liekman beschreibt „empathischen Distress“ als „unreife“ Form der Empathie. Unter Distress wird eine das Individuum belastende und hemmende Form des Stresses verstanden [5].

9 Borke, 1971, zitiert nach Song, 2001 [6].

Ein eher kognitives Verständnis von Empathie geht zurück auf die Forschungstraditionen von Piaget und Meads. Meads versteht das Phänomen der Rollenübernahme als notwendige Grundlage, um die Situation und das Verhalten einer anderen Person antizipieren zu können; während Piaget den Perspektivenwechsel vor allem als bedeutsam zu Überwindung der kindlichen Egozentrismus und damit als Voraussetzung zum Verständnis anderer, abgegrenzter Meinungen, bewertet. In diesen Traditionen finden sich mehrere Vertreter der Auffassung von Empathie als kognitives Phänomen. Eine Zusammenfassung findet sich bei Neuman, 2009.

Reaktion auf das Leiden eines anderen erleichtert wird, wenn Lebensumstände, Alter und Situation der eigenen Person bzw. dem eigenen Erleben ähneln, stützt diesen entwicklungspsychologischen Ansatz.

2.2.3 Empathie – eine multidimensionale Konzeption

Empirische Untersuchungen legen nahe, dass die alleinige Betrachtung der Kategorien Kognitivität oder Affektivität nicht ausreichen, um ein befriedigendes Konzept von Empathie zu entwickeln.

Feshbach und Roe wiesen bereits 1968 darauf hin, dass bei Studien zur Empathie kognitive und emotionale Faktoren in gleichem Maße berücksichtigt werden sollten [5]. Bei Schmitt mündete diese Erkenntnis im Entwurf eines Dreikomponentenmodells der Empathie: Zwei kognitive Komponenten, die „*Unterscheidung und Benennung affektiver Zustände in [a]nderen*“ und die „*Fähigkeit der Rollenübernahme*“ werden durch eine dritte, affektive Komponente, nämlich die der emotionalen Leistungsfähigkeit, Erregbarkeit und Empfänglichkeit ergänzt [13]. Auch Wiggers leitet aus seinen Forschungen eine kognitive und eine affektive Komponente von Empathie ab und ergänzt diese durch die Berücksichtigung von Prozessen emotionaler Ansteckung [10].¹⁰

2.2.4 Empathie – eine soziale Kompetenz

Walbott denkt die multidimensionalen Ansätze zu Empathie noch einen Schritt weiter, indem er die Nähe vieler Empathiekonzepte zum Konzept der Interaktionskompetenz herausstellt. Interaktionskompetenz bezeichnet die „*flexible Möglichkeit einer Person, in einer gegebenen Situation mit einem gegebenen Interaktionspartner so zu interagieren, wie es der Interaktion und der Relation zwischen den Gesprächspartnern angemessen ist.*“ [14]

Dieses Kompetenzverständnis geht einen entscheidenden Schritt weiter als alle bisher beschriebenen Denkansätze: Empathie bezieht sich hier nicht länger ausschließlich auf empathisches Wahrnehmen, sondern beinhaltet ebenso empathisches Handeln. Diese Erweiterung findet sich wieder in der Konzeptionalisierung der ärztlichen Empathie nach Mercer, die eine vierte, verhaltensbezogene Komponente von Empathie einführt (s.u.).

¹⁰ Wiggers, 1984, nach Neumann, 2008 [10, S.22].

Das Modell der Interaktionskompetenz umfasst drei Komponenten: „Zum einen das Wissen von sozialen Faktoren, Regeln und Normen; zum zweiten die Fähigkeit, die jeweils interaktiv relevanten und situativ angemessenen Verhaltensweisen auch tatsächlich auszuführen; und schließlich die nonverbale Sensitivität, das heißt die Fähigkeit, Hinweisreize zu erkennen und angemessen, besonders auch bezüglich der Befindlichkeit und der Emotionen der anderen Person, zu verarbeiten“ [14].

Ein pragmatisches Verständnis von Empathie als Kompetenz impliziert mehrere Aspekte. Empathisches Geschehen wird nachdrücklich verortet in seinem Kontext der sozialen Interaktion und den wirkmechanischen Zusammenhängen von Alltagssituationen. Die Kompetenz Empathie wird bis zu einem gewissen Grad „nutzbar“ und kann mehr oder weniger zielgerichtet innerhalb sozialer Interaktionen eingesetzt werden. Schlussendlich unterstellt diese Betrachtungsweise, dass Empathie „erlernbar“ bzw. modifizierbar ist.

2.2.5 Empathie – weitere Aspekte

Zahlreiche weitere Aspekte sind von der Empathieforschung beschrieben worden, sollen aber wegen mangelnder Relevanz für die vorliegende Arbeit nicht weiter ausgeführt werden. Zwei Aspekte seien an dieser Stelle jedoch auf Grund ihrer Nähe zum Thema der vorliegenden Arbeit zumindest erwähnt:

Die Ausprägung der Fähigkeit zur Empathie hat deutliche geschlechtsspezifische Aspekte. Geschlechtsspezifische Sozialisation führt schon im Kindesalter zu unterschiedlicher Ausprägung von Sensibilität, emotionalem Ausdruck und Kommunikationsstrategien, die sich im Erwachsenenalter auch im professionellen Umfeld wiederfindet. So zeigen z.B. Hojat et al., dass Medizinstudentinnen auf der Jefferson Scale of Physician Empathy¹¹ signifikant höhere Ergebnisse erzielen als ihre männlichen Kommilitonen [15]. Empathie als ärztliche Kompetenz mit allen Aspekten der Professionalität und in Abgrenzung zu Phänomenen wie Altruismus und Mitleid ist insofern auch unter genderspezifischen Aspekten für die medizinische Ausbildung von Relevanz.

Als neurophysiologisches Korrelat zur Empathiedebatte sei auf Arbeiten zu den „Mirror neurons“, den Spiegelneuronen hingewiesen [16]. Dieser Begriff bezeichnet Neuronen, die nicht nur für die Steuerung bestimmter Vorgänge (Handlungen, Empfindungen) zuständig sind,

¹¹ Eine Einführung gängiger Messinstrumente findet sich in Kapitel 2.4.3, S. 24.

sondern auch dann unwillkürliche Resonanz zeigen, wenn der gleiche Vorgang bei einer anderen Person beobachtet wird. Verschiedene Experimente und Untersuchungen belegen diese Funktion als Korrelat empathischer Wahrnehmung.

Bauer führt dazu aus, dass die Funktion der Spiegelneurone abhängig ist von Sozialisationsfaktoren. Es müssen also einerseits die Voraussetzungen für eine frühkindliche Entwicklung von Empathiefähigkeit gegeben sein.¹² Andererseits kann eine bereits vorhandene Fähigkeit zur Empathie durch spätere Extremerfahrungen massiv verändert, aber auch durch Umweltfaktoren wie Angst, Stress und Anspannung beeinflusst werden.¹³

Interessant in diesem Zusammenhang ist, dass mehrere Arbeiten einen negativen Zusammenhang zwischen den gefundenen Empathiewerten bei Medizinstudierenden und der Dauer des Studiums dokumentieren. Möglicherweise ist diese Abnahme von Empathie Ausdruck eben jener Beeinflussbarkeit durch äußere Stressoren, in diesem Falle jenen, die den Belastungen des Medizinstudiums und den ersten Patientinnenkontakten immanent sind [18, 19].

2.3 Konzeptionen ärztlicher Empathie

Zahlreiche Definitionen von ärztlicher Empathie¹⁴ orientieren sich an den bekannten beiden Aspekten der Affektion und der Kognition. Hojat z.B. definiert ärztliche Empathie als eine „*vorrangig kognitive (eher als emotionale) Fähigkeit, die ein Verständnis (eher als ein Gefühl) für die Erfahrungen, Sorgen und Perspektiven des Patienten umfasst, kombiniert mit der Fähigkeit, dieses Verständnis auch zu kommunizieren*“ [17]. Es handelt sich in diesem Sinne bei Empathie um einen willentlichen und bewussten Akt des Perspektivenwechsels, bei dem ein emotionales Involvierendes nicht notwendig wird und der bereits eine Verhaltensdimension umfasst.

Mercer et al. wählen einen multidimensionalen, kompetenzorientierten Ansatz und schließen damit an die im vorherigen Kapitel ausgeführten mehrdimensionalen Empathiekonzepte an.

12 Vgl. dazu Hojat, 2007 [17]. Hier findet sich ein Überblick über Studien zu Entstehungsbedingungen von Empathie in der Kindheit.

13 Vgl. Bauer, 2005, S. 71 [16]: „*Sobald Druck, Angst und Stress vorhanden sind, klinkt sich alles, was vom System der Spiegelneurone abhängt, aus: Das Vermögen, sich in andere einzufühlen, andere zu Verstehen und Feinheiten wahrzunehmen.*“

14 Die Spezifizierung der „ärztlichen Empathie“ soll im Folgenden die Einordnung der Kompetenz Empathie im speziellen im Kontext ärztlichen Handelns verdeutlichen. Damit soll Empathie als explizit professionelle Kompetenz von einer allgemeinen Kategorie menschlicher Emotionalität abgegrenzt werden. Diese Präzisierung findet sich auch bei anderen Autoren, z.B. Neumann, 2008 [10].

Diese umfassende Betrachtungsweise einer Kompetenzorientierung des Konstruktes der ärztlichen Empathie ist für die Praxis medizinischer Ausbildung besonders relevant und wurde daher als grundlegender Ansatz für die vorliegende Arbeit gewählt. Sie stellt ärztliche Empathie in einen noch weiteren Zusammenhang, als eine Betrachtung von Empathie als ausschließlich soziale Kompetenz es zulässt, indem sie gezielt handlungsorientierte mit einstellungsorientierten (z.B. moralischen) Aspekten verbindet.

In Anlehnung an eine Literaturanalyse von Morse identifizieren Mercer et al. vier Komponenten, die im Konstrukt ärztlicher Empathie aufgehen.

- „Emotionale Komponente“: Die Fähigkeit, die Gefühle und Stimmungslagen eines anderen Menschen zu teilen und subjektiv zu erfahren.
- „Kognitive Komponente“: Die intellektuelle Befähigung des Helfenden, die Gefühle und Perspektiven eines anderen von einem objektiven Standpunkt aus wahrzunehmen und zu verstehen.
- „Moralische Komponente“: Die intrinsische altruistische Bestrebung, sich einfühlsam zu verhalten.
- „Verhaltensbezogene Komponente“: Die kommunikative Reaktion, um das Verständnis für die Situation eines anderen zum Ausdruck zu bringen. [20] ¹⁵

Mercer et al. distanzieren sich mit diesem mehrdimensionalen Ansatz von einem rein emotionalen Verständnis des Empathiebegriffes, ebenso aber von einer ausschließlich kognitiven und verhaltensbezogenen Betrachtungsweise, der im klinischen Kontext oft eine sehr große Bedeutung beigemessen wird. Es wird eine deutliche Abgrenzung vom englischen Begriff „sympathy“ als einen stark persönlichkeitsorientierten Begriff getroffen und Empathie *„als eine erlernbare, professionelle (Kommunikations-) Fähigkeit und weniger als eine rein subjektive emotionale Erfahrung oder als ein angeborenes, unveränderbares Persönlichkeitsmerkmal definiert.“* [10]

Damit entzieht sich der Begriff der ärztlichen Empathie einerseits der Zufälligkeit eines emotionalen Zustandes, der in der Interaktion mit einer Patientin entweder auftritt oder eben nicht. Andererseits lehnt er aber auch die Beschränkung eines rein handlungsorientierten, kognitiven Empathiebegriffs ab. Dieser trägt im Krankenhauskontext hauptsächlich der Sorge

¹⁵ Übersetzungen in Anlehnung an Neumann, 2008 [10, S.31].

Rechnung, zu stark emotional mit dem Schicksal einer Patientin involviert zu sein und ignoriert damit aber auch die Erfahrung, dass ein gewisses 'Bauchgefühl' und eine persönliche Ebene die Kommunikation zwischen Ärztin und Patientin erheblich bereichern und vereinfachen [20].

Die Wirksamkeit der einzelnen Komponenten ist aber nur dann gewährleistet, wenn diese auch in die letzte, aktionale Komponente münden, die Ärztin also verbal verdeutlicht, dass sie die Erfahrungen der Patientin nachvollziehen kann und dabei ihre Wahrnehmung und Einschätzung durch Nachfragen verifiziert. An dieser Stelle findet sich die Erweiterung des Empathiebegriffes in seinem Verständnis als Kompetenz wieder: Über das empathische Wahrnehmen hinaus ist ebenso das empathische Handeln im Fokus.

Die genannten vier Komponenten von ärztlicher Empathie zeigen im Abgleich mit den aktuellen Debatten der Schul- und Hochschuldidaktik eine starke Kompetenzorientierung dieses Modelles. Dies macht den Begriff der Empathie auch – im Gegensatz zu affektiv orientierten Empathiemodellen und ohne, wie stark kognitiv orientierte Modelle, die emotionalen Aspekte zu vernachlässigen – für medizindidaktische Diskurse operationalisierbar.¹⁶

Aus diesen konzeptionellen Überlegungen heraus entwickeln Mercer et al. eine dreistufige Definition ärztlicher Empathie:

1. die Situation, die Perspektive und die Gefühle der Patientin zu verstehen (und die damit verbundenen Bedeutungen),
2. dieses Verstehen zu kommunizieren und dabei auf seine Richtigkeit zu überprüfen und
3. diesem Verstehen entsprechend zu handeln und die Patientin in einer helfenden (therapeutischen) Weise zu unterstützen [20].¹⁷

Die Empathie-Konzeptionalisierung nach Mercer et al. wurde als empirisches Messinstrument operationalisiert und angewendet.¹⁸

16 Vgl. Kapitel 2.4.2.2, S. 22.

17 Übersetzungen in Anlehnung an Neumann, 2008, S. 32 [10].

18 Ausführungen zur CARE-Scala nach Mercer im Kapitel 2.4.3, S. 24.

2.4 Empathie als ärztliche Kompetenz – Studienlage

2.4.1 Bedeutung für die Versorgungsqualität

Empathisches Eingehen auf die Patientin in der ärztlichen Kommunikation erhöht die Zufriedenheit von Patientinnen [21, 22, 23, 24] und die ärztliche Arbeitszufriedenheit [25].

Ärztliche Empathie ist entscheidend für die generelle Zufriedenheit von Patientinnen mit ihren Behandlerinnen. Die Einschätzung von deren ärztlicher Professionalität korreliert mit einer als durch die Patientinnen hoch eingeschätzten ärztlichen Empathie [26, 27].

Obwohl die Einbindung psychologischer und patientenzentrierter Themen in die Interaktion mit Patientinnen sowohl bei niedergelassenen Ärztinnen als auch bei deren Patientinnen die Zufriedenheit mit dem Gespräch deutlich steigert, konzentriert sich die Mehrzahl der Gespräche dennoch auf einen stark biomedizinischen Fokus [21]. Dabei kann bereits die Erhöhung der Konsultationszeit um 2,5 Minuten das ärztliche Stressgefühl bezüglich komplexer kommunikativer Interaktionen reduzieren und die Patientinnenzufriedenheit steigern [28, 29].

Empathische Kommunikation hat darüber hinaus einen positiven Einfluss auf die Präzision ärztlicher Anamneseerhebung und Diagnostik und erhöht die Compliance [22, 30]. Sie steigert die Befähigung von Patientinnen, mit der jeweiligen Krankheitssituation umzugehen [20, 28, 31, 32].

Im Rahmen von Psychotherapie ist bereits seit langem der positive Einfluss von ärztlicher Empathie auf das therapeutische Outcome nachgewiesen, und zwar unabhängig von der jeweiligen Therapieform [34, 35]. Im biomedizinischen Bereich ist im Speziellen im Kontext schwieriger Diagnosen und schlechter Nachrichten empathische Gesprächsführung unerlässlich [36]. So konnte z.B. in der Untersuchung von onkologischen Patientinnen ein positiver Zusammenhang zwischen ärztlicher Empathie und berichteter Lebensqualität, sowie ein negativer Zusammenhang mit depressiven Symptomen belegt werden [37]. Patientinnen mit Diabetes mellitus, die ihre behandelnden Ärztinnen mit validierten Messinstrumenten empathischer einschätzten, hatten unabhängig von der Konsultationsdauer signifikant bessere Langzeitmonitoring-Werte (HbA_{1c}) [38] und erlitten weniger akute metabolische Komplikationen, als solche mit weniger empathischen Behandlerinnen [39]. Auch bei Patientinnen mit banalen Erkältungskrankheiten kann bei empathischen Behandlerinnen ein

positiver Einfluss auf Dauer und Schwere der Krankheit nachgewiesen, und mittels Messung von Interleukin-8 als mit Veränderungen des Immunsystems assoziiert postuliert werden [40]. Ärztliche Empathie scheint also neben klinischer Kompetenz ein entscheidender Faktor für Versorgungsqualität und Patientinnensicherheit zu sein.

2.4.2 Ärztliche Empathie und medizinische Ausbildung

2.4.2.1 Bestandsaufnahme: Wie empathisch sind Medizinstudierende?

Die enorme Bedeutung ärztlicher Empathie für die Patientinnenversorgung kann verschiedene Konsequenzen implizieren. So könnte, um eine empathische Ärztinnenschaft anzustreben, Empathie zum Auswahlkriterium für die Zulassung zum Medizinstudium herangezogen werden [41].

Viele Autorinnen beschäftigen sich mit der Frage, wie und unter welchen Umständen sich ärztliche Empathie im Medizinstudium entwickelt. Ganz im Gegensatz zur medialen Präsenz des Rufes nach empathischen Ärztinnen scheint das Medizinstudium wenig geeignet zu sein, diese Kompetenz zu schulen. Ist der Beginn des Medizinstudiums zumeist noch von Idealismus und dem Wunsch geprägt, der Patientin Hilfe und eine Verbesserung der Lebensqualität zu ermöglichen, so zeigten mehrere Untersuchungen, dass Medizinstudierende nach einigen Jahren Studium in der Befähigung zur Empathie hinter die Durchschnittsbevölkerung zurückfallen und der zynische Umgang mit der medizinischen Profession zunimmt [42, 43, 44, 45].

Ironischerweise scheint der Zeitpunkt dieser Veränderung mit dem Beginn vermehrt klinischer Ausbildungselemente zusammen zu fallen, also der Verschiebung der medizinischen Ausbildung von theoretischen Inhalten hin zu mehr Patientinnenversorgung [46]. Andere Studien belegen einen ähnlichen Effekt für den Zeitraum der „Internship“, einem dem ersten Jahr der Ausbildung zur Fachärztin vergleichbarem Zeitraum im angloamerikanischen Sprachraum, der mit erstmaliger verantwortlicher Patientinnenversorgung, aber auch einer hohen Arbeitsbelastung z.B. durch Nacht- und Wochenendarbeit einhergeht [47, 48, 49, 51].

Studien, die Gründe für die Abnahme studentischer Empathie untersuchten, identifizierten unterschiedliche maßgebliche Faktoren. Neben verschiedenen Aspekten des klinischen Alltages und der Curriculumsvorgaben identifizieren allesamt diverse Stressfaktoren und werten die Erfahrung von negativem Stress gemeinhin als Hauptgrund für eine solche Entwicklung [46, 50, 51, 52, 53, 54].

Dabei tragen folgende Faktoren zu studentischem Stress bei:

- hohe emotionale Herausforderung durch Konfrontation mit Krankheit, Altern, Krankenhausroutinen
- Mangel an positiven Vorbildern im klinischen Kontext
- hohes Lernpensum und Zeitdruck
- Erfahrungen von Herabwürdigung und Schikane durch vorgesetzte Ärztinnen und Lehrende, Mitstudierende und Patientinnen
- reduzierte Lebensqualität und depressive Symptome (Ängstlichkeit, Überlastungsgefühl, Schlafstörungen), insbesondere im Zusammenhang mit Arbeitsüberlastung während der „Internship“

Weitere Faktoren, auf welche die Abnahme von Empathie zurückgeführt wird, sind:

- kurze Aufenthaltsdauer der Patientinnen, damit wenig Gelegenheit zum Aufbau eines empathischen Kontaktes
- negative Erfahrungen mit Patientinnen: überhöhte Ansprüche, mangelnde Anerkennung, mangelnde Eigenverantwortung
- Vermittlung eines stark technikzentrierten Bildes klinischer Medizin
- Vermittlung von Vorstellungen von Selbstschutz, die empathisches Verhalten als Mangel an Distanz erscheinen lassen
- Empathie kommt als Ausbildungsthema nicht vor, Mangel an Patientinnenkontakten während der Ausbildung

Empathie bei Medizinstudierenden korreliert mit weiblichem Geschlecht [55, 56] und dem Wunsch nach bzw. der späteren tatsächlichen Spezialisierung in den kommunikationsbasierten Spezialisierungen der Medizin [57] wie Psychiatrie, Allgemeinmedizin, Innerer Medizin, Pädiatrie, Gynäkologie im Gegensatz zu anderen Spezialisierungen (Anästhesie, Orthopädie, Chirurgie, Radiologie etc.).¹⁹

¹⁹ Alle betrachteten Studien und Untersuchungen weisen methodische Limitationen auf und legen eine Vertiefung der Erkenntnislage durch fortgesetzte Forschung nahe. Besonders hervorzuheben ist hier, dass es sich bei den erhobenen Werten für Empathie jeweils um Selbsteinschätzungen handelt. Weitere Limitationen sind in den Originalartikeln ausgeführt und sollen hier nicht wiederholt werden. Eine diesbezügliche Zusammenfassung über einen größeren Teil der zitierten Forschungsarbeiten findet sich darüber hinaus bei Neumann et al., 2011 [53].

Einige Studien können den Zusammenhang mit der Dauer der medizinischen Ausbildung oder mit der gewünschten späteren Spezialisierung nicht belegen oder legen einen differenzierten Blick auf weibliche und männliche Studierende nahe (Abnahme von Empathie bei weiblichen, leichte Zunahme bei männlichen Studierenden oder aber keine Unterschiede). Interessanterweise handelt es sich dabei meist um Untersuchungen aus anderen als dem angloamerikanischen Kulturkreis, so dass ein Zusammenhang mit den jeweiligen Ausbildungssystemen postuliert werden könnte [42, 58, 59, 60, 61].

2.4.2.2 Lernziel Ärztliche Empathie: Methoden und Ergebnisse

Ärztliche Empathie ist also offensichtlich nichts, was sich im Laufe der medizinischen Ausbildung einfach „einstellt“. Die strategische Verfolgung des Lernzieles Empathie sowie die Einbindung in die medizinischen Curricula ist dringend geboten und wurde in Reaktion auf oben gezeigte Entwicklungen auch an zahlreichen medizinischen Fakultäten angegangen.²⁰

Wie aber kann das Lernziel Empathie methodisch im Medizinstudium verfolgt werden?

In der Literatur werden verschiedene Methoden evaluiert und Empathiebildung in unterschiedlichen Zusammenhängen verfolgt. Prinzipiell zeigen Übersichtsarbeiten, dass Studierende Ausbildungselemente schätzen, die emotionale und kommunikative Lernziele adressieren und dass sie von ihnen profitieren [62, 63].

Benbassat und Reuben schlagen vor, theoretische und ethische Grundlagen in das gesamte Studium einzubringen und die klinischen Praktika zu nutzen, um Studierenden empathische und patientenzentrierte Gesprächsführung beizubringen [64]. Verschiedene Arbeiten weisen auf ein erhöhtes Verständnis für Krankheit und Leiden von Patientinnen und einen empathischeren Umgang durch Medizinstudierende nach einer Theaterintervention hin [65, 66]. Versuche, empathische Gesprächsführung durch den Einsatz virtueller Patientinnen zu trainieren, erwiesen sich als stark durch technische Begrenzungen und die unnatürliche Situation limitiert [67, 68]. Bei Studierenden im präklinischen Studienabschnitt waren Videointerventionen eine erfolgreiche Methode, die mittels JSPE selbst eingeschätzte Empathie zu schulen. Bei weiblichen Studierenden war die Methode erfolgreicher als bei männlichen [69].

Das Lernziel der empathischen Gesprächsführung findet sich eingebunden in Gesprächsführungskurse [70, 71] oder reflektierend-narrative Interventionen [72, 73]. Winfield & Chur-Hansen evaluieren einen 1-Jahres-Gesprächsführungskurs mit Simulationspatientinnen

²⁰ Siehe Kapitel 2.6.2.3, S. 39 und 2.6.2.4, S. 40.

hinsichtlich des Zuwachses an Wissen über empathische Gesprächsführung und können bei 70% ihrer Studierenden einen Progress beobachten [74].

Henry-Tillman et al. beschreiben einen Ansatz, bei dem Studierende im ersten Studienjahr Patientinnen bei ihrem ersten Poliklinikbesuch begleiten, deren Unsicherheiten und Herausforderungen teilen und ihre Erlebnisse dann in Kleingruppen diskutieren [75]. Auch andere Interventionen zielen auf das unmittelbare Erleben der Erfahrungen von Patientinnen ab. So wurden z.B. Hospitalisierungsexperimente mit freiwilligen Studierenden durchgeführt [76]. Das emotionale Erleben von Patientinnen mit offensichtlichen Hauterkrankungen (unerwünschte Aufmerksamkeit, Scham etc.) wurde mittels Psoriasis-Tattoos induziert [77]. Andere Interventionen simulierten eine frustrane Reanimation am Modell und das anschließende Überbringen eben dieser Nachricht an die Ehefrau des Verstorbenen, die durch eine Simulationspatientin dargestellt wurde [78].

Didaktische Elemente wie diese versuchen für die medizinische Ausbildung die Erfahrung nutzbar zu machen, dass das eigene Erleben der „Patientinnenseite“ das Verständnis für die Bedürfnisse und Nöte von Patientinnen erhöht und empathisches Verhalten dadurch nachvollziehbar wird.²¹ Unter der gleichen Vorstellung sind – im Speziellen im Hinblick auf die professionelle und empathische Kommunikation schwieriger Gesprächsinhalte – verschiedene Ansätze von simulierten Gesprächen zwischen Ärztinnen und Patientinnen und Rollenspielmodellen Gegenstand von Lehre und Lehreforschung.

Evaluationsdaten eines 1-Year-medical-students-course zur Ärztlichen Gesprächsführung des Imperial Colleges in London zeigen, dass Studierende die Methode des Rollenspieles zum Erwerb von kommunikativen Fähigkeiten wertschätzen. Die Zustimmung zu dieser Methode stieg nach Absolvieren des Kurses sogar noch deutlich an [81]. Feighny et al. entnehmen ihren Evaluationsdaten eines Rollenspielkurses (Studierende absolvieren am Beispiel einer Diabetes-Mellitus-Erkrankung sowohl die Patientinnen- als auch die Ärztinnenrolle) eine hohe Zufriedenheit mit der Methode und den persönlichen Lernerfolgen der Studierenden [82]. Rees et al. zeigen, dass Studierende bezüglich des Erlernens kommunikativer Fähigkeiten Rollenspiele als effektive und praxisnahe Methode wahrnehmen, wohingegen Vorlesungen zum gleichen Thema sehr kritisch bewertet werden [83]. Eine an der medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg durchgeführte Studie verglich das Training konfliktreicher Situationen in der

²¹ Diesen Schluss lassen Untersuchungen mit Ärztinnen zu, die auf Grund eigener ernsthafter Erkrankungen selbst Erfahrungen mit der „Patientinnenseite“ gemacht haben [79, 80].

Kommunikation zwischen Ärztinnen und Patientinnen mittels Peer-Rollenspiel und Rollenspiel mit Simulationspatientinnen. Beide Methoden (der Einsatz von Simulationspatientinnen allerdings signifikant höher) wurden als effektiv und hilfreich in der Vorbereitung auf eine vergleichbare reale Situation eingeschätzt, wobei die Arbeitsgruppe auf den nicht untersuchten aber mutmaßlich hohen Effekt des Peer-Rollenspieles auf die studentische Empathieentwicklung hinweist [84].

Eine Arbeitsgruppe aus Neuseeland konnte sowohl in der Selbsteinschätzung mittels JSPE als auch in der Fremdeinschätzung im Rahmen eines OSCE nach Intervention in Form eines simulierten Ärztinnen-Patientinnen-Gesprächs (Einnahme beider Rollen) im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant erhöhte Empathiewerte bei den teilnehmenden Studierenden nachweisen [85]. Komplexere Interventionen mit begleitenden interdisziplinären Seminaren, Patientinnenvorstellungen, Lehrvideos und Rollenspielinterventionen zeigten vergleichbare Ergebnisse [86].

2.4.3 Messinstrumente in medizinischer Ausbildung und Patientinnenversorgung

Alle skizzierten Forschungsarbeiten eint die Herausforderung der Wahl eines suffizienten Messinstrumentes. Mehrere Übersichtsarbeiten evaluieren Messinstrumente zur Erfassung der Empathie von Ärztinnen, anderen Gesundheitsarbeiterinnen und Kontext medizinischer Ausbildung. Umfassende und kritische Analysen finden sich bei Stepien und Baernstein 2006, Hemmerdinger 2007 und Pedersen 2009 [63, 87, 88].

Etablierte quantitative Messinstrumente können entweder eine Einschätzung durch Patientinnen oder aber eine Selbsteinschätzung der untersuchten Gruppe erfassen.

Weit verbreitet zur Einschätzung von ärztlicher Empathie durch Patientinnen ist die „Consultation and Relational Empathie“ (CARE)-Skala [20]. Diese wurde von Mercer et al. etabliert, eingebunden in die Entwicklung des kompetenzorientierten Konzeptes der ärztlichen Empathie, das in den Kapiteln 2.2.3 und 2.3 ausgeführt wird. Eine übersetzte Version wurde für den deutschen Sprachraum validiert [89].

Zahlreiche Interventionsstudien greifen auf die „Jefferson Scale of Physician Empathy“ (JSPE) zurück, ein weit verbreitetes, von Hojat et al. 2001 eingeführtes quantitatives Messinstrument, das spezifisch für den medizinischen Kontext entwickelt und validiert wurde [11, 22, 90]. Eine

Faktorenanalyse ergab drei zu Grunde liegende, in der Empathieskala abgefragte Hauptfaktoren: „perspective taking“, „compassionate care“ und „standing in the patients shoes“ [11]. Eine validierte deutschsprachige Version für Medizinstudierende liegt vor (JSPE-S). Die Skala hat das Ziel, die von Studierenden empfundene Relevanz von Empathie für die Interaktion zwischen Ärztin und Patientin zu messen.²²

Daneben gibt es zahlreiche Instrumente zur Einschätzung der eigenen empathischen Fähigkeiten, die nicht spezifisch für den medizinischen Kontext entwickelt wurden und damit – neben allen Nachteilen die Beurteilung der spezifischen Kompetenz der ärztlichen Empathie betreffend – z.B. den Vergleich von Studierenden verschiedener Fachbereiche ermöglicht.²³ International häufiger bei Untersuchungen von Medizinstudierenden eingesetzt wurde der Interpersonal Reactivity Index (IRI).²⁴ Eine deutschsprachige Version wurde auch hier validiert, bisher liegen aber noch keine damit durchgeführten Studien für deutsche medizinische Fakultäten vor.

Problematisch ist sowohl bei den beiden letztgenannten Messinstrumenten als auch bei anderen eingesetzten quantitativen Untersuchungsinstrumenten (die darüber hinaus weitere methodische Mängel aufwiesen oder nicht validiert waren), dass die Ergebnisse ausschließlich auf Selbsteinschätzung der Studierenden beruhen. Dies erläutern Stepien und Baernstein in einem 2006 veröffentlichten Review ausführlich [63]. Eingeschlossen waren in diese Arbeit auch sechs qualitative Analysen, die entweder mündliche oder schriftliche Einschätzungen zur jeweiligen Intervention, Gruppendiskussion oder Gruppeninterview zum Inhalt hatten. Diese qualitativen Untersuchungsmethoden werden bei Stepien und Baernstein leider nicht ausführlicher eingeschätzt. Pederson bemängelt in dem von ihm 2009 vorgelegten Review dagegen explizit den Mangel an mittels qualitativer Ansätze durchgeführten Studien. Diese könnten einzig die konkreten Erfahrungen von Patientinnen, Studierenden und Ärztinnen vor dem jeweiligen Hintergrund abbilden, in dem Empathie entwickelt und praktiziert wird. Qualitative Ansätze könnten auch dem ebenfalls aufgeworfenen Problem eines unscharfen, innerhalb der Untersuchungsgruppe oder zwischen Untersuchern und Untersuchungsgruppe differierenden Empathiebegriffes begegnen [88].

²² Eine ausführliche Darstellung des JSPE-S und psychometrische Analyse findet sich bei Neumann et al., 2012 [91].

²³ z.B. Hogan Empathy Scale, Empathy Construct Rating Scale, Empathy Test, Balanced Emotional Empathy Scale

²⁴ z.B. Thomas et al., 2007 [92]. Auch hier findet sich eine ausführliche Darstellung bei Neumann et al., 2012 [91].

2.5 Definitionen

2.5.1 Kompetenz

Der Begriff Kompetenz geht zurück auf das lateinische Verb *competere*, was „zusammentreffen“, „zustehen“ bedeutet und das Adjektiv *competens*, was im Sinne von „zuständig“, „befugt“, „rechtmäßig“ gebraucht wurde [93].²⁵

Seit dem 18. Jahrhundert wird der Begriff *competencia* ähnlich der heutigen Wortbedeutung verstanden und als Begriff der arbeitsteiligen Gesellschaft verwendet. Kompetenz bezeichnet nun im Staatsrecht die Zuständigkeit und Befugnis von Behörden und Staatsorganen. Später finden wir den Kompetenzbegriff in der Motivationspsychologie wieder, wo er von White 1959 als *„Ergebnis von Entwicklungen grundlegender Fähigkeiten, die weder genetisch angeboren noch das Produkt von Reifungsprozessen sind, sondern vom Individuum selbstorganisiert hervorgebracht wurden“*²⁶ definiert wird.

Beobachtet werden können Kompetenzen nur indirekt, sind sie doch *„innere, unbeobachtbare Voraussetzungen, Dispositionen des selbstorganisierten Handelns einer Person“* [93] und damit nur am Gebrauch der Kompetenz – der Performanz – ablesbar. Im Umkehrschluss handelt es sich bei Kompetenzen um Zuschreibungen, die wir dem selbstorganisiert Handelnden auf Grund beobachtbarer Verhaltensweisen antragen. Somit besteht – und hier wird es für die Medizindidaktik besonders interessant – ein entscheidender Unterschied zwischen Kompetenz und Qualifikation. Qualifikationen sind zertifizierbar, geben Auskunft über aktuelles Wissen und gegenwärtige Fertigkeiten und sind in einer Prüfungssituation präsentierbar.

Kompetenzen als *„Dispositionen selbstorganisierten Handelns“* [93] dagegen sind keine quantifizierbaren Leistungsresultate als solche, sondern Befähigungen, um entsprechende Leistungen hervorzubringen. Erst die Resultate dieser Dispositionen sind evaluierbar.

Zweifelsohne bewegt sich ein entscheidender Teil der im Medizinstudium vermittelten Inhalte nach wie vor auf der Ebene von Qualifikationen – Legen eines peripheren Venenzuganges, Kenntnis der Child-Klassifikation der Leberzirrhose etc.. Wo aber die schiere Menge des verfügbaren Wissens die einfache Addition von Qualifikationen in Frage stellt, rückt die Kompetenzbildung in den Mittelpunkt. Die gilt insbesondere im Hinblick auf die sozialen, kommunikativen und organisatorischen Anforderungen des Berufes der Ärztin. Nach Erpenbeck

²⁵ Hier und die folgenden Absätze: Vgl. mit dem historischen Aufriss bei: Erpenbeck, von Rosenstiel, 2003, S IX-XVII [93].

²⁶ White, 1959, nach Erpenbeck, von Rosenstiel, 2003, S X [93].

enthalten Kompetenzen somit „*nichtexplizites Wissen in Form von Emotionen, Motivationen, Einstellungen, Fähigkeiten, Erfahrungen und Willensantrieben sowie zu Emotionen und Motivationen verinnerlichte Werte*“ [93].

2.5.1.1 Systematik der Kompetenzen

Kompetenzen können sich im Fokus stark unterscheiden. Sie beziehen sich reflexiv auf das Subjekt selbst oder haben einen explizit intentionalen, aktiven Fokus; der Blick richtet sich fachlich auf einen wie auch immer gearteten Forschungsgegenstand oder der Bezug ist ein soziales Gefüge, z.B. eine Menschengruppe. Diese unterschiedlichen Foki führten zur Definition grundlegender Kompetenzklassen oder auch Schlüsselkompetenzen. [93]

1. Personale Kompetenzen oder Selbstkompetenz

Hier handelt es sich um die Disposition, reflexiv und selbst organisiert zu handeln, d.h. um eigene Einstellungen, Wertvorstellungen, Handlungsmotive, vorstellbare Handlungsoptionen, Motivation und Leistungsvorsätze.

2. Aktivitäts- und umsetzungsorientierte Kompetenzen

Hier handelt es sich um die Disposition, aktiv selbstorganisiert zu handeln mit dem Fokus auf die Umsetzung von Absichten und Plänen. Diese Kompetenzen umfassen auch das Vermögen, alle anderen Kompetenzen, Emotionen, Motivationen in das eigene Wollen zu integrieren und auf erfolgreiche Handlungen zu fokussieren.

3. Fachlich-methodische Kompetenzen

Hier handelt es sich um die Fähigkeit, mit fachlichen und instrumentellen Kenntnissen Probleme zu lösen, Wissen sinnvoll einzuordnen und zu bewerten, sowie Tätigkeiten methodisch selbstorganisiert voranzutreiben und dadurch Aufgaben zu lösen.

4. Sozial-kommunikative Kompetenzen

Das Konstrukt der Sozialkompetenzen wird aus Sicht zahlreicher Wissenschaften betrachtet und versucht, wissenschaftlich zu erfassen. Allein aus soziologischer Sicht – hier sei die Definition von Krappmann, die auf diesem Gebiet breite Rezeption erfahren hat, genannt – lassen sich mehrere Teilkonstrukte unterscheiden: Rollenübernahmefähigkeit (role-taking und Empathie), Rollendistanz (die eigene Rolle hinterfragen), Ambiguitätstoleranz (widersprüchliche Erwartungen aushalten), Identitätsdarstellung (eigene Bedürfnisse einbringen) und Beherrschung des gemeinsamen Sprachsystems [94, S.132]. Entwicklungspsychologische, sozial-

psychologische, ökonomische, wirtschaftspädagogische etc. Ansätze setzen jeweils spezifische Schwerpunkte.²⁷

Für die vorliegende Arbeit soll unter sozial-kommunikativen Kompetenzen die Fähigkeit verstanden werden kommunikativ und kooperativ zu agieren, sich mit anderen auseinanderzusetzen und gemeinsam zu handeln, sowie sich gruppen- und beziehungsorientiert zu verhalten [93, S. XVI]. Sozialkompetenzen beziehen sich damit auf jeweils spezifische Situationen und verstehen sich als Disposition zu einer entsprechend kontextspezifischen zielgerichteten Interaktion [95].

2.5.1.2 Das Empathiemodell nach Mercer: Empathie als multidimensionale Kompetenz

Überträgt man die ärztlichen Empathie, wie sie Mercer definiert²⁸ auf die soeben erläuterte Systematik, so wird leicht nachvollziehbar, dass es sich um ein komplexes, mehrdimensionales Konstrukt handelt, das Aspekte mehrerer Schlüsselkompetenzen in sich vereint:

1. Personale Kompetenz/ Selbstkompetenzen

Hierin geht zunächst die „moralischen Komponente“ von Empathie auf, also alle in den eigenen Einstellungen und Wertvorstellungen liegenden Begründungen, sich empathisch zu verhalten. Es handelt sich um alle intrinsischen Bestrebungen, z.B. die in der eigenen kindlichen Erziehung angelegten, religiösen, moralischen, humanistischen Fundierungen für Empathie als Teil des ärztlichen Rollenverständnisses. Auch emotionale Aspekte von Empathie lassen sich hier subsumieren.

Eine personale Kompetenz ist einerseits die Fähigkeit, die Gefühle und Stimmungen einer Patientin in einer kommunikativen Situation zu erfassen, andererseits aber auch die Befähigung zur emotionalen Abgrenzung. Die Frage lautet also: Wieviel emotionale Beteiligung bin ich bereit in empathische Kommunikation zu investieren bzw. wie finde ich einen professionellen Umgang mit meiner und der Emotionalität der Patientin in einer kommunikativen Situation?

2. Aktivitäts- und umsetzungsorientierte Kompetenzen

Die verhaltensbezogene Komponente von Empathie ist hier einzuordnen. Die Umsetzung der wie auch immer begründeten Motivationen für ärztliche Empathie in konkretes Verhalten, sowie

²⁷ Einen hervorragenden Überblick über die Begriffsentwicklung und Implikationen des Konstruktes der Sozialkompetenzen findet sich bei Euler, Bauer-Klebl, 2008 [95].

²⁸ Vgl. Kapitel 2.3, S. 16, sowie [20, S.10].

alle kognitiv-empathischen Kompetenzen (das intellektuelle Erfassen der Situation der Patientin, bewusst zur Anwendung gebrachte Gesprächstechniken und empathische Verhaltensweisen) finden ihren Ausdruck in einer empathisch geprägten Kommunikation. Weiter gefasst mündet ärztliche Empathie auf dieser Ebene auch zusammen mit anderen ärztlichen Kompetenzen und Qualifikationen in der Planung, Kommunikation und Durchführung medizinischer Prozedere und diagnostischer und therapeutischer Verfahren.

3. Fachlich-methodische Kompetenzen

Hierunter summieren sich das Wissen über empathische Gesprächsführung und Gesprächstechniken, aber auch psychologisches und medizinisches Fachwissen.

4. Sozial-kommunikative Kompetenzen

Hierunter können wir die Befähigung zu einer konkreten empathischen Kommunikation unter Einbeziehung aller moralischen, emotionalen und kognitiven Hintergründe verstehen. Über den kommunikativen Aspekt hinaus ist hier aber auch die Fähigkeit zur Rollenübernahme an sich (als intrinsische, nicht notwendigerweise ausagierte Kompetenz) einzuordnen. Das faktische Ausagieren von Empathie als sozial-kommunikative Kompetenz wird sich meist deckungsgleich mit aktivitäts- und umsetzungsorientierten Aspekten darstellen.

Diese Aufschlüsselung des komplexen Begriffes der ärztlicher Empathie wird im Verlaufe dieser Arbeit nützlich sein, um die vielschichtigen Einlassungen der befragten Studierenden einordnen zu können und teils vordergründig widersprüchliche Aspekte des studentischen Empathiebegriffes zu operationalisieren. Eine entsprechend komplexe Operationalisierung der verschiedenen Aspekte ärztlicher Empathie ist in den vorliegenden einschlägigen Positionspapieren und kompetenzbasierten Curricula nicht nachzuvollziehen. Entscheidende Aspekte ärztlicher Empathie finden wir dort unter den Schlagworten „Soziale und kommunikative Kompetenzen“.²⁹ Im aktuellen Berliner Curriculum sind sie unter verschiedenen medizinischen Themen und Lehrveranstaltungen operationalisiert im Teilbereich 'Einstellungen' und im speziellen Lehrformat 'Kommunikation, Interaktion & Teamarbeit (KIT)' als anwendungsbezogene Lernziele zu finden.

Inwiefern diese Lernziele tatsächlich zum expliziten Lehrgegenstand werden und Eingang in die studentische Kompetenzbildung finden, entzieht sich dem Fokus dieser Arbeit und sollte

29 z.B. Basler Consensus-Statement [120], Kapitel 2.6.2.2, S. 39.

Gegenstand zukünftiger Lehrevaluation und Forschung sein.

2.5.2 Einstellung und Verhalten

2.5.2.1 Einstellung

Theorien zum Phänomen der Einstellung gibt es zahlreiche. Grob betrachtet, bezeichnet eine Einstellung die „*Art und Weise, wie ein Mensch Objekte, Personen oder Ideen (d.h. Einstellungsobjekte) wahrnimmt, beurteilt, gefühlsmäßig bewertet und mit seinem Verhalten darauf reagiert*“ [96]. Viele Konzepte gehen davon aus, dass Einstellungen eine affektive und eine kognitive Dimension besitzen [97, 98]. In der kognitiven Komponente spiegelt sich das Wahrnehmbare eines Einstellungsobjektes wieder, also alles, was man als Wissen und Information darüber erwerben kann. Als affektive Komponente werden die Gefühle gegenüber einem Einstellungsobjekt bezeichnet. Gemeint ist letztlich jede Form der positiven oder negativen Bewertung (für und gegen, angenehm – unangenehm). Die affektive Komponente kann als „Kern“ einer Einstellung verstanden werden, da sie als „*emotionale Ladung (...) der Einstellung ihren motivationalen oder (handlung-) aktivierenden Charakter*“ [99, S.4] gibt.

Das Drei-Komponenten-Modell beinhaltet zusätzlich eine Verhaltenskomponente. Einstellungen und Verhalten bzw. Handlungen stehen zweifelsohne in wechselseitigem Verhältnis zueinander, wobei die unbedingte Annahme einer Konsistenz von Einstellung und Verhalten durchaus problematisch ist. Jenseits von Einstellungen prägen andere Variablen das Verhalten einer Person, z.B. normative Erwartungen der Umwelt, antizipierte Resultate von Handlungen, Motivation etc [99].

Einstellungen werden durch Erfahrungen und das Aufnehmen gesellschaftlicher Werte erworben [97]. Sie sind zeitlich relativ stabil [100]. Nicht immer müssen Einstellungen konsistent sein. Löst ein Einstellungsobjekt z.B. gleich starke positive wie negative Reaktionen aus, so spricht man von einer ambivalenten Einstellung, wobei interne Konsistenz als ein Indikator der Einstellungsstärke angesehen wird. In dem Konzept der Einstellungsstärke wiederum gehen weitere Faktoren auf, wie deren Extremität oder die zugrunde liegende Informationsbasis. Je stärker ausgeprägt diese Faktoren, desto weniger veränderlich ist die Einstellung und desto valider sagt sie Verhalten voraus [96].

2.5.2.2 Verhalten

Als Verhalten bezeichnet man alle Aktivität und alles Handeln [96], wobei Handeln in Abgrenzung zum bloßen Verhalten als bewusst und überlegt zu verstehen ist. Handeln ist ein zentraler Bestandteil der Verfolgung eines Zieles, die Intention von Handeln ist das Hervorbringen eines angestrebten Zustandes oder Ereignisses [101]. Verhalten und Einstellungen stehen in einem engen Verhältnis.

2.5.2.3 Wechselwirkung von Einstellung und Verhalten

Einstellungen tragen wesentlich zur Erklärung und zur Voraussage von sozialem Handeln bei. Je spezifischer eine Einstellung ist, desto größer ist der Zusammenhang zwischen Einstellung und Verhalten [102]. Eine Einstellung als solche stellt aber noch keinen zuverlässigen Prädiktor für tatsächliches Verhalten dar. Ajzen führt 1988 in seiner *Theorie des geplanten Verhaltens* den Terminus der *Verhaltensabsicht* (engl. Intention) als Zwischenglied zwischen Einstellung und tatsächliches Verhalten ein. Er zeigt, dass diese deutlich besser als eine berichtete Einstellung ein tatsächliches Verhalten voraussagt.

Eine *Verhaltensabsicht* wiederum generiert sich aus folgenden Hauptfaktoren:

- die *Einstellung* gegenüber dem Verhalten
- die *subjektive Norm*. Diese wird generiert aus subjektiven Annahmen über die Erwartung von Bezugspersonen an das eigenen Verhalten und ggf. Sanktionen bei Abweichungen. Die subjektive Norm umfasst soziale Normen, also die Normen des gesellschaftlichen Kontextes sowie persönliche Normen.

Ob diese Verhaltensabsicht in tatsächliches Verhalten umgesetzt wird hängt maßgeblich von der *subjektiv wahrgenommenen Verhaltenskontrolle* ab, also quasi von der Überzeugung von der Selbstwirksamkeit. Je größer diese ist, desto wahrscheinlicher wird eine aus subjektiver Norm und Erwartungen des Umfeldes generierte Verhaltensabsicht in tatsächliches Verhalten umgesetzt.

Verhalten wird oft von unvorhergesehenen Einflüssen modifiziert und unterliegt Auswirkungen früheren Verhaltens [103, 104]. Kritikpunkt an diesem Modell ist, dass es nur für bewusste und absichtliche Verhaltensweisen Gültigkeit hat.

Diese Schwäche griff Fazio mit dem MODE-Modell auf [vgl. 97]. Dieses besagt, dass die Annahmen willentlich gesteuerten Verhaltens nur gelten, wenn auch die Gelegenheit zum

Nachdenken gegeben ist. Fehlen Motivation oder Gelegenheit zur willentlichen Entscheidungsfindung, so können nur starke und leicht zugängliche Einstellungen das Verhalten steuern. Komplexere oder an ein größeres Ausmaß kognitiver Leistung geknüpfte Einstellungen bleiben auf der Handlungsebene dann außen vor. Es liegt also die Vermutung nahe, dass komplexe und anspruchsvolle Kontexte, wie das Arbeiten im klinischen Umfeld, die Auseinandersetzung mit Patientinnenbiographien und deren Krankengeschichten besondere Ansprüche an die Verankerung von Kompetenzen oder eben Einstellungen stellt und diese – wie andere möglichst rasch abrufbare Handlungsabläufe, z.B. Leitlinien in der Notfallmedizin – besonders gut gelernt werden müssen.

In engem wechselseitigem Verhältnis stehen zudem Emotion und Verhalten – die affektive Komponente von Einstellungen wurde bereits oben erwähnt. Emotionen werden in diesem Zusammenhang als motivationale Zustände verstanden. Sowohl evolutionstheoretische als auch lerntheoretische Vorstellungen gehen davon aus, dass Emotionen handlungsgenerierende oder handlungsvermeidende (z.B. die lähmende Wirkung von Prüfungsangst) Wirkung haben [vgl. 101].

Einstellung und Verhalten sind also auf vielfältige und präzisen Vorhersagen enthobene Weise miteinander verknüpft. Auch wenn der unmittelbare Handlungsbezug einer Einstellung nicht notwendigerweise vorausgesetzt werden kann, so kann der Umkehrschluss dennoch festgehalten werden: Handlungen sind neben anderen Faktoren auch das Resultat von Einstellungen. Je unerwarteter eine Handlung generiert werden muss bzw. je komplexer deren Inhalt oder Kontext ist, desto entscheidender sind internalisierte Normen und Einstellungen. Erhellend ist auch die Verknüpfung von emotionalen Einstellungsaspekten und Verhalten, insbesondere im Hinblick auf die im weiteren Verlauf dieser Arbeit ausgeführten emotionale Komponente ärztlicher Empathie.

Für die Fragestellung der Arbeit bedeutet dies, dass – neben der intuitiven Ansicht, dass für die handelnde Ärztin deren Werte und Einstellungen prägend sein werden – die Berechtigung der Frage untermauert wird, inwiefern die Kompetenzbildung von Medizinstudierenden auch auf der Einstellungsebene erfolgen kann oder soll.

2.6 Empathie – Lernziel im Medizinstudium

2.6.1 Wie lernen Medizinstudierende am besten? – Aktuelle Debatten der Medizindidaktik

Verortung der Medizin als praktische Wissenschaft

Zum grundlegenden Verständnis von Medizindidaktik ist eine wissenschaftstheoretische Einordnung der Medizin hilfreich, die u.U., so führt Fabry aus, durchaus dem Selbstverständnis zahlreicher Medizinerinnen widerspricht: Obwohl für den medizinischen Fortschritt naturwissenschaftliche Erkenntnisse grundlegend sind, so ist doch die Medizin selbst eher als praktische Wissenschaft, denn als Naturwissenschaft zu verorten. Das Medizinstudium ist auf die berufliche Praxis der tätigen Ärztin ausgerichtet und unterscheidet sich damit grundlegend von der Zielrichtung theoretischer Wissenschaften. Die Zielsetzung medizinischen Wissens ist nicht nur Erkenntnis darüber „*was der Fall ist, sondern darüber hinaus, was zu tun ist*“ [105, S.27]. Die Ärztin muss nicht nur Ergebnisse theoretisch begründen, sondern ihr Handeln rechtfertigen und handelt damit in einem normativen Kontext. Naturwissenschaften sind somit ein Mittel, derer sich die Medizin bei der Lösung Ihrer Fragestellungen bedient [105].

Das CanMEDS-Modell des kanadischen Royal College of Physicians and Surgeons ist ein vielbeachtetes Modell, um zu verdeutlichen, dass der tätigen Ärztin neben ihrer Eigenschaft als medizinische Expertin spezifische andere Tätigkeiten und Rollen zukommen. Sie wird hier auch als Wissenschaftlerin, als professionell Handelnde, als kommunikativ Handelnde, als Teamarbeiterin, Managerin und Gesundheitsanwältin charakterisiert [106]. Erst die Bündelung dieser Bereiche macht die ärztliche Tätigkeit aus. Diese Komplexität legt eine ergebnisorientierte medizinische Ausbildung nahe, deren Ziele zumeist als Kompetenzen beschrieben werden.³⁰

Das zieht didaktische Konsequenzen nach sich. Mehr und mehr werden traditionelle „Bottom-up“- Strategien medizinischer Curricula, also eine Auswahl und Zusammenführung von Inhalten Fach für Fach durch deren Vertreter, verlassen zugunsten sogenannter „Top-down“- Strategien [105, vgl. S.85-87]. Ziel ist es, eine zu starke Fächerzentrierung zu vermeiden und die Auswahl konkreter Lerninhalte begründbar zu machen. Die beschriebenen Herausforderungen dieser

³⁰ Vgl. Kapitel 2.5.1, S. 26 und 2.6.1, S. 33.

beiden Strategien stellen sich nicht nur in der medizinischen Didaktik, sondern sind auch Gegenstand wissenschaftlicher Diskussion in der pädagogischen Psychologie und der (Schul-)pädagogik selbst. Ergebnis sind verschiedene didaktische Konzepte, von denen die Lernzielorientierung und die Kompetenzorientierung auf Grund ihrer Dominanz in der aktuellen didaktischen Debatte und ihrer Bedeutung für die medizinische Didaktik näher erörtert werden sollen.

Lernzielorientierte Didaktik

Lernzielorientierte Didaktik sieht in ihren gängigen Konzepten eine Aufteilung in eine kognitive (Wissen), psychomotorische (Fertigkeiten) und eine affektive Domäne (Einstellungen) vor [107, 108], wobei weniger ein analytischer Gebrauch dieser Kategorien, sondern eine pragmatische Anwendung zur Erstellung von Lehrplänen intendiert ist. Lernprozesse sollen dadurch plan- und überprüfbar werden. Das Erreichen eines Lernzieles wird evident durch ein „*in der Vorstellung vorweggenommene[s] Verhalten, dass vorher möglichst eindeutig zu beschreiben*“ [109, S.140] und durch einen definierten Lernprozess erarbeitet worden ist.

Kognitive Lernziele werden nach ihrer Komplexität unterschieden in 1. Wissen und Kennen, 2. Verstehen, 3. Anwendung, 4. Analyse, 5. Synthese und 6. Bewertung und Beurteilung. Affektive Lernziele können nach dem Grad der Internalisierung gegliedert werden in 1. Aufnehmen und Beobachten, 2. Reagieren, Antworten, 3. Werten 4. Aufbau und Organisation einer Werthierarchie, 5. Charakterisierung des Verhaltens durch einen Wert oder Wertkomplex. Psychomotorische Lernziele werden nach dem Grad der Koordination hierarchisiert [109]. Zumindest die Hierarchisierung kognitiver Lernziele finden auch in medizinischen Curricula Umsetzung, hinsichtlich affektiver und psychomotorischer Lernziele konnte die Autorin dies in den zur Kenntnis gelangten Curricula nicht nachvollziehen.

Lernziele sind hierarchisch gegliedert: *Richterlernziele* benennen abstrakte übergeordnete Lernziele für die gesamte Ausbildung (z.B. Richtungsvorgaben in Präambeln etc.). *Groblernziele* beinhalten Vorgaben für einzelne Abschnitte der medizinischen Ausbildung. Von dieser Ebene ausgehend werden *Feinlernziele* formuliert, die konkrete Lerninhalte für die einzelnen Lehrveranstaltungen benennt. In ihrer klassischen Anwendung sind Lernziele inhalts- und prozessorientiert³¹ (Der Studierende soll... lernen., Die Ausbildung soll...vermitteln.).

Lernzielkataloge haben auf breiter Front in die Curricula medizinischer Fakultäten Einzug

31 In Abgrenzung zur Kompetenzorientierung.

gehalten. Es gibt jedoch grundlegende Kritikpunkte:

Die theoretische Begründung der Formulierung von Lernzielen wurde vernachlässigt. Für ein Curriculum, das im Hinblick auf die übergeordneten Ausbildungsziele relevant sein soll, müssen Lernziele der einzelnen Abstraktionsebenen aufeinander bezogen sein. Das setzt die Existenz solcher übergeordneter Lernziele auf Ebene der Fakultät voraus und wird kaum möglich sein, wenn nach wie vor jeder Fachbereich seine eigenen Lernziele ohne Abgleich mit dem Gesamtcurriculum der Fakultät und den anderen Fachbereichen formuliert. Der Unterschied zur traditionellen Unterrichtsplanung bleibt dann marginal und eine Verbesserung hin zu effizienteren und praxisorientierteren Curricula ist dadurch nicht zu erwarten [105, vgl. S.88-102].

Zum anderen zeigt die Praxis der lernzielorientierten Didaktik, dass die Formulierung von Lernzielen für die einzelnen Domänen unterschiedlich schwierig ist. Kognitive und psychomotorische Lernziele sind vergleichsweise leicht zu formulieren, sowie prüf- bzw. beobachtbar. Das gilt nicht für affektive Aspekte, die sich schwieriger in Form von Lernzielen fassen lassen und trotz ihrer inhaltlichen Wichtigkeit leicht aus dem Blick geraten. Komplexe Anforderungen wie Einstellungen und ethische Haltungen drohen zu Gunsten leichter beschreibbarer Ziele vernachlässigt zu werden [109, vgl. S.142]. Deren Umsetzung müsste durch innovative Lern- und Prüfungsprozesse Rechnung getragen werden, die innerhalb traditioneller und pragmatischer Prüfungsmodi noch keinen anerkannten Platz gefunden haben. Eine Unterordnung der Wichtigkeit von Inhalten unter die pragmatischen Fragen der Ergebnisskontrolle ist die drohende Konsequenz.

Ob affektive Lernziele möglicherweise nicht nur handlungs-, sondern auch einstellungsmodifizierend auf Studierende wirken, ist noch schwieriger nachzuvollziehen. Die Differenzierung von dem Zeigen eines intendierten Verhaltens in einem geeigneten Prüfungsformat und einer aus einer Einstellungsänderung begründeten Verhaltensänderung scheint kaum möglich. Einstellungsfragen und deren Modifikation durch Lernprozesse mögen in Feedback- oder Diskussionsformaten explizierbar sein.

Als Nachteil werden weiterhin die eng umschriebenen Domänen Wissen, Fertigkeiten und Einstellungen beschrieben, verbunden mit der Frage, ob diese Vereinfachung der Komplexität ärztlicher Praxis gerecht werden kann. Hier scheint die Orientierung an Kompetenzen angemessener zu sein (s.u.).

Prinzipiell besteht ein Konflikt zwischen pragmatischem Nutzen des Lernzielmodelles in Form seiner vergleichsweise leichten Anwendbarkeit der Kategorien und seiner theoretischen Tiefe und Stichhaltigkeit. Diesbezüglich ist das „*Konzept der Kompetenzen intellektuell zwar sehr viel überzeugender*“, aber, was die theoretische und definatorische Komplexität angeht, „*nicht umsonst zu haben*“ [105, S.99].

Kompetenzorientierte Didaktik

Ärztliches Handeln erfordert „*komplexe und flexible Kompetenzen, die Wissen, bestimmte Fertigkeiten und Einstellungen beinhalten, bei denen es aber vor allem auf das an den jeweiligen Anforderungen orientierte integrative Zusammenwirken dieser Komponenten ankommt*“ [105, S.101].

Prinzipiell besteht der veränderte Fokus kompetenzorientierter Curricula darin, die Qualität der Ausbildung nicht mehr an geplanten Ergebnissen von Lernprozessen zu messen, sondern vielmehr am Erwerb vorab definierter Kompetenzen. Dies entspricht einer Entwicklung von einer Prozessorientierung hin zu einer Ergebnisorientierung. Komplexe Konstrukte wie Kompetenzen in einem Curriculum umzusetzen birgt jedoch spezifische Herausforderungen. Das Konzept der Schlüsselkompetenzen kann hier nicht mehr als eine Grundlage bilden. Die Anforderungen der ärztlichen Tätigkeit verlangen für gewöhnlich hochgradig spezifische Kompetenzen, die nicht von pädagogischer Fach- und Faktenkenntnis zu trennen sind. Sie bestehen eher aus individuellen Lösungen für die einzelne Patientin als aus der standardisierten Umsetzung von Therapieplänen [110, S.10]. „*Je allgemeiner eine Kompetenz [...] ist [...] umso geringer ist der Beitrag den diese Kompetenz [...] zur Lösung von anspruchsvollen Problemen beiträgt.*“ [111, S.53] Kompetenzen, die zur Bewältigung spezifischer und komplexer ärztlicher Aufgaben befähigen sollen, müssen also für die unterschiedlichen Bereiche ärztlicher Tätigkeit identifiziert und präzise beschrieben werden.

Für eine kompetenzorientierte Curriculumsplanung beschreiben Kern et al. einen Prozess, in dem zunächst Anforderungen und Bedarf ermittelt (Auf welche Probleme des Gesundheitssystems muss die ärztliche Ausbildung reagieren? Welche Voraussetzungen müssen Studierende mitbringen, auf welche Anforderungen sollen sie vorbereitet werden?) werden. Dann werden Kompetenzen in Lernziele operationalisiert und Methoden ausgewählt und schließlich die Ergebnisse evaluiert und die Strategien überarbeitet [112].

Die Kompetenzorientierung kann durchaus auch als Weiterentwicklung der lernzielorientierten

Didaktik verstanden werden. Gerade in Bezug auf medizinische Curricula ist weniger die theoretisch vollkommene Umsetzung des einen oder anderen Modells entscheidend. Realistischerweise findet viel mehr eine Ergänzung bewährter Methoden der Curriculumsplanung durch neuere Modelle statt [105, S.88]. Von Kompetenzen sollte jedoch nur dann gesprochen werden, *„wenn neben der kognitiven in der Regel auch noch andere Voraussetzungen zur Bewältigung der Anforderung erforderlich sind, etwa motivationale, moralische, soziale etc. Denn erst das Ineinandergreifen dieser verschiedenen Aspekte ermöglicht die reflektierte, flexible und damit angemessene Reaktion auf komplexe Anforderungen“* [112, S.9], wie sie die ärztliche Tätigkeit für gewöhnlich fordert.

Der Lernerfolg solch komplexer Befähigungen ist nicht in klassischen Prüfungsmodi (schriftliche und mündliche Prüfungen) abzubilden. Mehrere innovative Verfahren könnten der Komplexität dieser Lerninhalte gerecht werden („performance-based assessment“, z.B. OSCE, Mini-Cex, Feedbackformate) [105, S.11]. Die Differenzierung von handlungsgenerierenden und/oder einstellungsmodifizierenden methodischen Umsetzungen insbesondere affektiver Lernziele in Prüfungsverfahren bleibt jedoch schwierig und ist wahrscheinlich auch nicht in letzter Konsequenz sinnvoll.

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass Lernziele als solche – obgleich sie weite Verbreitung zur Strukturierung von Anforderungen an Medizinstudierende gefunden haben – nach wie vor als zu unterkomplex für die Abbildung der Anforderungen an ärztliches Handeln gelten müssen. Im Sinne einer Kompetenzorientierung muss es das Ziel sein, neben kognitiven auch andere, d.h. motivationale, soziale, emotionale etc. Ebenen abzubilden, die der Komplexität ärztlicher Kompetenzen gerecht werden.

2.6.2 Erwerb sozialer und kommunikativer Kompetenzen³² im Medizinstudium

2.6.2.1 Positionspapiere und medizinische Curricula

Kompetenzbasierte Curricula haben sich bereits seit einigen Jahren als erfolgversprechender Weg für eine umfassende Medizinerinnenausbildung etabliert.

Im Bologna-Prozess wurde der Aspekt der Kompetenzbildung aufgegriffen und erstmals fächerübergreifend eine Etablierung an den Hochschulen gefordert [114]. Aus vielen europäischen Ländern liegen seit langem Grundsatzpapiere darüber vor, welche Kompetenzen Medizinstudierende am Ende ihres Studiums besitzen sollen [115, 116, 117]. Neben diesen Lernzielkatalogen und Kompetenzpapieren, die sich auf das gesamte Medizinstudium beziehen, lagen im angloamerikanischen Raum früh Empfehlungen für den Teilbereich der kommunikativen Kompetenzen vor [118]. Damit übernahmen diese Hochschulen eindeutig eine Vorreiterrolle gegenüber der deutschen Hochschullandschaft, wo nur an einzelnen Fakultäten Lernzielkataloge und Grundsatzpapiere existierten. 2006 legten deutsche Medizinstudierende einen Vorschlag für ein kompetenzbasiertes Kerncurriculum vor [119]. 2008 folgte mit dem Basler Consensus Statement „Kommunikative und soziale Kompetenzen im Medizinstudium“ erstmals ein fakultätsübergreifend erarbeitetes Positionspapier zu kommunikativen und sozialen Kompetenzen als curricularen Bestandteil [120]. Hier wurden die fünf Kompetenzbereiche Allgemeine Kompetenzen, Ärztin-Patientin-Beziehung, Teamarbeit, Persönlichkeit und Professionalität sowie Urteilsbildung und Entscheidungsfindung identifiziert, worauf unter 19 Themengebieten 131 konkrete Ausbildungsziele operationalisiert wurden. Das Baseler Consensus Statement ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt das einzige Positionspapier mit umfassend operationalisierten Lernzielen, das für den deutschsprachigen Raum vorliegt.

Ein „Nationaler kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM)“ befindet zum Zeitpunkt der abschließenden Recherche für diese Arbeit in Überarbeitung, die Veröffentlichung wird für 05/2015 erwartet. Dieses gemeinsame Projekt von der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) und dem Medizinischen Fakultätentag (MFT) soll zukünftig als fakultätsübergreifende

32 Wie in Kapitel 2.3 ausgeführt, ist die Kompetenz der ärztlichen Empathie ein komplexes und multidimensionales Konstrukt, das sich in dieser Formulierung nicht durchgehend in den einschlägigen Positionspapieren und Curricula wiederfindet. Ihre Anforderungen und Implikationen sind jedoch sehr zuverlässig wieder unter der größeren und inzwischen für diesen Themenbereich etablierten Überschrift der „sozialen und kommunikativen Kompetenzen“ eingeordnet. Dort finden sich auch zahlreiche anderen Kompetenzen wie 'Teamarbeit', 'Urteilsbildung', 'Professionalität' etc. Eine begriffliche Trennschärfe kann also in den folgenden Ausführungen nicht gewährleistet werden. Vielmehr bestand der Anspruch des Abgleiches darin, die Dimensionen ärztlicher Empathie in den beschriebenen 'Sozialen und kommunikativen Kompetenzen' zu identifizieren und damit die Würdigung dieser Kompetenz in den medizinischen Curricula zu überprüfen.

Grundlage für medizinische Curricula fungieren [121].

2.6.2.2 Dimensionen von Empathie im Basler Consensusstatement 2008

Das Basler Consensusstatement ist das umfassendste Positionspapier zu sozialen und kommunikativen Kompetenzen, das derzeit für den deutschsprachigen Raum vorliegt.

Auch hier findet sich die Kompetenz der ärztlichen Empathie als eine von zahlreichen kommunikativen und sozialen Kompetenzen zwar nicht explizit multidimensional aufgeschlüsselt, wohl aber in seinen verschiedenen Dimensionen gewürdigt. Viele Lernziele beziehen sich nicht spezifisch auf die Kompetenz der ärztlichen Empathie. Sie buchstabieren vielmehr verschiedene Bereiche sozialer und kommunikativer Kompetenzen aus und bilden damit weitreichende Dimensionen ärztlicher Empathie ab.

So werden moralische Aspekte als Dimension erkannt und deren Reflexion und Einordnung als Kompetenz beschrieben (Lernziel A 3.4 „Überprüft eigene Normen und Werte“ oder A 2.9 „Identifiziert typische ethische Dilemmata ärztlichen Handelns (z.B. Sterbehilfe, nichteinwilligungsfähige Patientin) und diskutiert Lösungsansätze“). Kognitive Aspekte werden benannt (z.B. A 1.3 „Erkennt schwierige Situationen (z.B. Weinen, Schweigen, Pausen, Unterbrechungen, Aggressionen“ oder B 1.2.4 „Orientiert sich an den Bedürfnissen und Fähigkeiten der Patientin bezüglich Information, Autonomie, Wahrheit und Verantwortung.“). Verhaltensbezogene Dimensionen von Empathie finden sich in zahlreichen Lernzielen wieder (z.B. B 1.2.1 „Wendet Techniken zum Aufbau und Erhalt einer empathischen Beziehung an“; A 1.4 „Wendet Techniken des aktiven Zuhörens (z.B. Paraphrasieren, Verbalisieren, nonverbale Techniken) an“; B 1.1.2 „Passt sich dem Verstehens- und Sprachhorizont der Patientin an“. Emotionale Aspekte beziehen sich auf das Erleben eigener Emotion, weniger auf das Nachvollziehen der Emotionalität der Patientin (A 3.1 „Erkennt eigene Emotionen (z.B. Unsicherheit, Sympathie/ Antipathie, Erotik, Attraktivität) im Kontakt mit anderen (z.B. Patientinnen, Kolleginnen)“ oder B 3.3.10 „Grenzt sich in verschiedenen Kontexten und Situationen angemessen ab“ [vgl. 120].

2.6.2.3 Beispiele aus deutschen Fakultäten

Die Ärztliche Approbationsordnung in ihrer aktuellsten Version mit Änderungen von 7/2012 legt die einzelnen Fakultäten nicht auf kompetenzorientierte Curricula fest. Kommunikative und soziale Aspekte haben aber durchaus Eingang in die grundlegenden Ausbildungsziele gefunden (z.B., „Gesichtspunkte ärztlicher Gesprächsführung sowie ärztlicher Qualitätssicherung“,

„Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit anderen Ärzten und mit Angehörigen anderer Berufe des Gesundheitswesens fördern“) [122]. Eine einheitliche Umsetzung dieser Vorgaben existiert nicht, es folgen schlaglichtartige Einblicke in die Curricula medizinischer Fakultäten hinsichtlich sozialer und kommunikativer Kompetenzen ohne Anspruch auf Vollständigkeit.

Die medizinische Fakultät in Aachen beispielsweise lehrt seit 2003 als Modellstudiengang, laut Profilbeschreibung haben Absolventinnen der Fakultät *„die Fähigkeit entwickelt, Patienten, deren Angehörigen, sowie Kollegen und anderen Mitarbeitern mit Empathie zu begegnen“* [123]. Die medizinische Fakultät der LMU München fixierte in einem ‚Medizinischem Curriculum‘ verschiedene Kompetenzbereiche und operationalisierte z.B. den Bereich ‚psychosoziale Kompetenzen auf Aspekte wie *„Förderung der Teamfähigkeit“*, *„Entwicklung von Empathie“* und den *„Erwerb kommunikativer Fähigkeiten“* [124].

Die medizinische Fakultät in Düsseldorf implementierte ein interdisziplinäres Unterrichtscurriculum *„Kommunikative Kompetenzen lehren und prüfen“* im vierten Studienjahr in inhaltlicher Anlehnung an das Baseler Konsensusstatement [125].

Die medizinische Fakultät in Heidelberg implementierte bereits zum Wintersemester 2001/2002 ein reformiertes Curriculum, in dem ein verbesserter Praxisbezug, eine Stärkung der Eigeninitiative von Studierenden und eine Stärkung der Vermittlung von kommunikativen und sozialen Kompetenzen im Fokus stand. Kommunikative Kompetenzen finden sich in den entsprechenden Lernzielkatalogen sowohl als fächerübergreifende ärztliche Schlüsselkompetenzen, z.B. *„Beziehung zu Patienten aufbauen und halten (auch zu besonders sensiblen, anspruchsvollen, vorwurfsvollen, aggressiven Patienten)“*, als auch fächerspezifisch, z.B. *„Aufbau und Erhalten einer tragfähigen Arzt-Patienten-Beziehung,“* als Ausbildungsziel der internistischen Psychosomatik [126].

2.6.2.4 Das Curriculum der Charité – Berliner Universitätsmedizin

Zum Stand des Wintersemesters 2013/14 werden an der Charité Universitätsmedizin Berlin drei Varianten des grundständigen Studienganges Humanmedizin angeboten: der Regelstudiengang Medizin, der Reformstudiengang Medizin, sowie der Modellstudiengang Medizin. Dies ist Ausdruck einer Umstellung des gesamten Curriculums: Seit dem Wintersemester 1999/2000 wird neben dem Regelstudiengang Medizin der Reformstudiengang Medizin unterrichtet zur Klärung der Frage, inwieweit die Prinzipien international erprobter fachübergreifender und problemorientierter medizinische Studiengänge auf das deutsche Curriculum anwendbar sind.

Der Modellstudiengang Medizin soll seit dem Wintersemester 2010/11 die erfolgreichsten Lern- und Lehrmodelle aus beiden Studiengängen zusammenführen.

Laut offizieller Website setzt der neue Studiengang dabei auf ein kompetenzorientiertes Curriculum und nennt die Vermittlung praktischer ärztlicher Fähigkeiten in Untersuchung und Gesprächsführung als einen von drei grundlegenden Schwerpunkten [127].

Der Regelstudiengang ist gekennzeichnet durch ein zumindest überwiegend lernzielorientiertes Curriculum, soweit beurteilbar. Nicht für alle Fächer und Querschnittsbereiche sind bzw. waren Lernziele hinterlegt. Für manche Fächer wurde eine Gliederung der Lernziele in kognitive, anwendungsbezogene und emotionale Lernziele vorgenommen. Einige Fächer verzichten auf diese Gliederung, andere beschränken sich auf das Benennen kognitiver und anwendungsbezogener Lernziele. Für einige weitere Fächer scheint das Aufführen vermeintlich emotionaler Lernziele in „Alibifunktion“ ergänzt worden zu sein, z.B. Orthopädie 4.klinisches Semester: *„Die Studenten sollen die Bedeutung des Fachgebietes im Gesamtrahmen aller medizinischen Fachrichtungen erkennen.“* [128]³³ Die Lehre erfolgt in den Modalitäten Vorlesung, Seminar, Praktikum, Unterricht am Krankenbett, dazu kommen praktische Ausbildungsanteile wie Blockpraktika und das Praktische Jahr (PJ).

Explizit adressiert wurden kommunikative Lernziele ausschließlich in den beiden Kursen ÄGF 1 und 2, implizit sind kommunikative und soziale Lernziele auch in den Lernzielkatalogen einzelner klinischer Fächer (z.B. Gynäkologie: *„Umgang mit schambesetzten Untersuchungssituationen“*) vorhanden. Darüber hinaus gibt es komplexe praxisorientierte Lernformate (Unterricht am Krankenbett, die im Studium vorgesehenen Praktika), die möglicherweise implizit auch diese Kompetenzen adressieren.

Für den Reformstudiengang Medizin sind zu allen laufenden Veranstaltungen Lernziele verfügbar die sich gliedern in Wissen/ Kenntnisse (kognitiv) mit den Untergruppen Erinnern, Analysieren und Verstehen; Fertigkeiten (anwendungsbezogen) und Einstellungen (emotional, affektiv) [129]. An ergänzenden Lehrmodalitäten finden sich die Formate Praxistag, Problemorientiertes Lernen (POL) und Interaktion. Soziale und kommunikative Kompetenzen werden vorwiegend im Format Interaktion explizit adressiert, sind aber auch Teil komplexer Lernsituationen, wie z.B. dem Kontakt mit Simulationspatientinnen oder praxisbezogener Lernformen.

33 Vgl. Studieninhalte und Lernzielkataloge der einzelnen Semester unter: <http://campusnet.charite.de>.

Der Modellstudiengang ist das aktuelle Lehr- und Lernmodell, dass nach Auslaufen der beiden vorbeschriebenen Varianten weitergeführt werden soll. Es hat den Anspruch eines kompetenzorientierten Curriculums, die Lehre ist wie im Reformstudiengang nicht nach klassischen klinischen Fächern, sondern nach Modulen gegliedert. Sie erfolgt in den Formaten Vorlesung, Seminar, Problemorientiertes Lernen (POL), Untersuchungskurse, praktisches wissenschaftliches Arbeiten, Kommunikation, Interaktion & Teamarbeit (KIT), Simulation, Blockpraktikum, Praxistage, sowie die patientenzentrierten Formate SPU (Supervidierte Patientenuntersuchung) und PNU (Patienten-naher Unterricht). Für alle online einzusehenden Module sind dezidierte Lernziele in der aus dem Reformstudiengang bekannten Gliederung kognitiv, anwendungsbezogen und emotional aufgeführt.

Neben den bekannten und oben bereits ausgeführten Formaten adressiert das Format KIT mit zahlreichen Unterpunkten explizit soziale und kommunikative Kompetenzen, z.B. unter den Themen „Einführung in die ärztliche Gesprächsführung“, „geschlechterspezifische Arzt-Patienten-Kommunikation“, „Aufklärungsgespräch“ oder „Psychosoziale Anamnese“ [130].

Insgesamt legt das Curriculum des Modellstudienganges Berlin einen inhaltlichen und zeitlichen Schwerpunkt auf die Lehre kommunikativer und sozialer Kompetenzen, der so in keinem anderen medizinischen Curriculum im deutschsprachigen Raum zu finden ist und auch in der europäischen Hochschullandschaft kaum einen Vergleich findet. In den Planungen der höheren Fachsemester finden sich auch KIT-Einheiten, die sich mit schwierigen Gesprächssituationen und dem Überbringen schlechter Nachrichten befassen. Die Umsetzung der Unterrichtseinheiten erfolgt durch alle Abteilungen und Mitarbeiterinnen mit Lehrverpflichtung, ein einheitlicher Schulungsstandard ist noch nicht erreicht. Es steht zu vermuten, dass die konkrete inhaltliche Umsetzung und damit die Qualität der Lehre hochgradig abhängig ist von den jeweiligen Dozentinnen. Entsprechende Evaluationen und tieferegehende Forschung sind mit Spannung zu erwarten.

2.6.2.5 Operationalisierung sozialer und kommunikativer Kompetenzen im Curriculum des Modellstudiengang der Charité Universitätsmedizin Berlin

Im Format KIT werden, wie bereits oben ausgeführt, verschiedene Kompetenzbereiche identifiziert. Operationalisiert werden diese in eine Reihe von Lernzielen, die sich häufig auf den Ebenen Wissen oder Fertigkeiten bewegen. Anamneseerhebung in verschiedenen Kontexten wird ausführlich gewürdigt, es kommen Gesprächsführungstheorien und -techniken zu Sprache

ebenso wie Aspekte der ärztlichen Professionalität und Integrität.

Empathie als ärztliche Kompetenz findet in verschiedenen Lernzielen Erwähnung. Ähnlich wie im Basler Consensus Statement bildet sich die Multidimensionalität ärztlicher Empathie aber selten explizit, sondern vielmehr implizit in Lernzielen zu verschiedenen Aspekten sozialer und kommunikativer Kompetenzen ab [130].

So werden moralische Aspekte ärztlicher Empathie aufgeführt: Die Studierenden sollen *„eigene Normen und Werte überprüfen“* können und *„eigene Stereotypen und soziale Vorurteile überprüfen und reflektieren, dass das eigene Handeln durch persönliche Erfahrungen, die aktuelle Situation, das Wissen und eigene Interessen beeinflusst wird“*.

Kognitive Dimensionen werden erfasst, indem die Studierenden *„den Begriff Empathie definieren“* und *„Kennzeichen der patientenzentrierten Gesprächsführung (z.B. Warten, Wiederholen, Spiegeln und Zusammenfassen) beschreiben“* können.

Sowohl kognitive Aspekte als auch solche auf Ebene der Fertigkeiten finden Ausdruck im Lernziel *„sich an den Bedürfnissen und Fähigkeiten des Patienten oder der Patientin bezüglich Information, Autonomie, Wahrheit und Verantwortung orientieren“*. Hier wie in anderen Lernzielen zeigt sich die Orientierung des Curriculums für KIT am Basler Consensusstatement [120].

Zahlreiche Fertigkeiten, die in der Verhaltenskomponente ärztlicher Empathie aufgehen, werden als Lernziele operationalisiert. So sollen die Studierenden *„Methoden anwenden können, ein angemessenes Gesprächssetting zu gestalten“*, *„im Gespräch auf die Ressourcen des Patienten/der Patientin fokussieren“*, *„bei ihrem ärztlichen Handeln kulturelle, soziale und weltanschauliche Aspekte berücksichtigen“* und *„Techniken zum Aufbau und Erhalt einer empathischen Arzt-Patient-Beziehung“* anwenden können. Sie sollen *„das Arzt-Patienten-Gespräch [...] so durchführen können, dass die individuellen Bedürfnisse nach emotionaler Unterstützung berücksichtigt werden“*.

Emotionale Aspekte finden zum Beispiel in den Lernzielen *„sich soweit in die psychosoziale Situation der Patientin hineinversetzen könne, dass es möglich wird, die Bedürfnisse und Fähigkeiten der Patientin bezüglich Autonomie, Wahrheit und Verantwortung zu respektieren“*, *„die eigenen emotionalen Reaktionen in Situationen, in denen die Patientin oder der Patient sich gegen den ärztliche Rat entscheidet, bewusst wahrnehmen [zu] können“* oder auch

„Möglichkeiten der Abgrenzung [...] entwickeln [zu] können“ Niederschlag. Die Studierenden sollen „die Ängste der Patientin hinsichtlich der Erkrankung ernst nehmen können“.

Jenseits des Formates KIT finden sich auch in anderen Unterrichtseinheiten, z.B. Untersuchungskursen und Vorlesungen, einstellungsbezogene Lernziele, die im Sinne eines Hineinversetzens klassische emotionale Aspekte ärztlicher Empathie reflektieren. So sollen Studierende „Betroffenheit und Leidensempfinden von Patienten/ Patientinnen (mit M.Cushing, Anm.d.A.) durch die Symptome des Glukokortikoid-Exzesses erfassen können“ oder „reflektieren können, was die Diagnose eines bösartigen Hauttumors für die betroffene Person bedeutet“.

Hinsichtlich des kompetenzorientierten Berliner Curriculums und insbesondere des Unterrichtsformates KIT lässt sich also konstatieren, dass die vielschichtigen Dimensionen ärztlicher Empathie auf der Lernziel-Ebene repräsentiert sind.

2.6.2.6 Zwischenfazit

Eine Kompetenzorientierung der ärztlichen Ausbildung im deutschen Sprachraum wurde lange vernachlässigt. Ein umfassender Vorschlag für ein kompetenzbasiertes Kerncurriculum geht auf eine studentische Initiative zurück.

Nachdem eine Aktualisierung der Ärztlichen Approbationsordnung zum Wintersemester 2003/04 die Einführung von Modellstudiengängen ermöglichte, erproben einige Fakultäten neue Lehrkonzepte, die in Lernzielkatalogen oder Kompetenzpapieren expliziert sind. Einzelne Fakultäten wie z.B. die Charité Berliner Universitätsmedizin geben sich dabei explizit kompetenzbasierte Curricula. Eine konkrete Aufbereitung ärztlicher Empathie in einzelnen Kompetenzbereichen und eine Operationalisierung in konkrete Lernziele, wie im Basler Consensus Statement von 2008 geschehen, bleibt die Ausnahme.

Im Curriculum des Berliner Modellstudienganges finden sich solche Lernziele. Obgleich ärztliche Empathie nicht in seinen zahlreichen Aspekten berücksichtigt ist, lassen sich deren einzelnen Komponenten nach Mercer (moralisch, kognitiv, verhaltensbezogen und emotional) auf der Operationalisierungsebene der Lernziele nachvollziehen.

2.6.3 ÄGF 2 - Konzept und Durchführung

Bereits vor Implementierung des beschriebenen Modellstudienganges waren in den

grundständigen Studiengängen der medizinischen Fakultät Berlin Lernziele im kommunikativen und sozialen Bereich vorgesehen. Für den Regelstudiengang beschränkten sich diese auf die Kurse ÄGF 1 und 2, die im Rahmen des UaK Allgemeinmedizin (in Ermangelung eines spezifischen Lehrformates) vermittelt wurden. Der Kurs ÄGF 1 fand im 1. klinischen Semester statt und beschäftigte sich mit Kommunikation zwischen Ärztinnen und Patientinnen im Allgemeinen. Im 5. klinischen Semester der Kurs ÄGF 2 mit Fokus auf dem „Überbringen schlechter Nachrichten“. Dieser umfasst 6 Zeitstunden an zwei Terminen und ist für die verbleibenden Semester des auslaufenden Regelstudienganges weiterhin Teil des Curriculums.

Basierend auf dem Konzept des peer-group-learning werden Gruppen von fünf bis sechs Studierenden von jeweils zwei studentischen Dozentinnen, die selbst am Kurs teilgenommen und darüber hinaus ein spezifisches Training erhalten haben, angeleitet. Neben einer kurzen methodischen Einführung liegt der deutliche Schwerpunkt auf Rollenspielen, die schwierige, das Leben der Patientin bzw. Angehörigen schwer beeinflussenden Nachrichten (schwere akute oder chronische Krankheiten; Krankheiten mit schlechter, lebensverkürzender Prognose, Todesnachrichten) zum Inhalt haben. Die Gespräche stellen Situationen zwischen Ärztin und Patientin bzw. Angehörigen nach, wobei beide Rollen von Studierenden eingenommen werden. Jede Studentin nimmt dabei jede Rolle einmal an. Jedes Gespräch wird durch sowohl durch Selbstfeedback, als auch durch das Feedback von Kommilitoneninnen und Dozentinnen aufgearbeitet.

Theoretische Grundlage der vermittelten Inhalte ist das „SPIKES-Protocol“ nach Baile und Buckman [131, 132].

Als Orientierungshilfe zur Strukturierung der schwierigen Gesprächssituationen theoretische Grundlage wurden das Konzept der „Six Steps“ [131] besprochen, das folgende Punkte umfasst:

1. Vorbereitung des Gesprächs
2. Vorwissen erfragen – was weiß der/ die Patient/in?
3. Informationsbedürfnis klären – Was will der/ die Patient/in wissen?
4. Wissen und Informationen übermitteln
5. Gefühle und Reaktionen aufnehmen
6. Planung des weiteren Vorgehens

Des Weiteren wurden detaillierte Vorbereitung, Inhalt und Ende eines Gespräches besprochen.³⁴ Beide Grundlagenpapiere erhielten die Studierenden in Form von Handouts.³⁵

Als ergänzendes Angebot steht den Studierenden die freiwillige Teilnahme an einem Expertinnengesprach nach dem zweiten Kurstermin frei, um spezifische Fragestellungen mit erfahrenen Ärztinnen zu diskutieren.

3 Fragestellung

Das zentrale Interesse dieser Arbeit besteht in der Frage, inwiefern ärztliche Empathie im Rahmen des Medizinstudiums gelernt werden kann und welche Lehrformen dafür zielführend sind. Dabei soll exploriert werden, welches subjektive Empathieverständnis die Studierenden mitbringen und inwiefern diese Subjektivität Einfluss auf die Einschätzungen zur Lernbarkeit hat. Es soll gezeigt werden, welche Bedingungen, Vorannahmen und Hemmnisse das Lernen ärztlicher Empathie in ihren einzelnen Aspekten beeinflussen.

Empirische Grundlage dieser Arbeit bilden einerseits die Auswertung des Kursevaluationsmaterials zum „AGF 2 – Überbringen schlechter Nachrichten“ des Sommersemesters 2008/2009 an der Charité Universitätsmedizin Berlin, sowie die Analyse von ergänzenden Fokusgruppen-Interviews mit den Studierenden des Kurses. Diese explorieren das Meinungsbild der Studierenden zwar deutlich über den unmittelbaren Bezug zum AGF 2 hinaus, sind jedoch primär als vertiefte Kursevaluation mit qualitativen Methoden zu verstehen. Methodische Aspekte des AGF 2 werden daher in besonderer Tiefe bezüglich ihrer Tauglichkeit zur Schulung ärztlicher Empathie fokussiert.

Folgende Forschungsfragen wurden nach drei inhaltlichen Schwerpunkten zusammengefasst:

Empathie als menschliche Befähigung und professionelle Kompetenz

- Was verstehen Studierende unter dem Begriff „Empathie“? Welche Bedeutungs- und Umsetzungsebenen werden wahrgenommen?
- Welche Aspekte fassen Studierende unter „Empathie“ als konkrete ärztliche Kompetenz und inwiefern ist diese Einschätzung kongruent zu theoretischen Empathiemodellen und

34 In Anlehnung an eine Übersicht von Dr. Annie Cushing, Senior Lecturer of communication skills an der St. Bartholomews and The Royal Medical School, London.

35 Handouts im Anhang.

curriculären Operationalisierungen?

- Wird Empathie – insbesondere im Rahmen der Hochschuldidaktik – als modifizierbare Kompetenz eingeschätzt oder welche Aspekte davon?

Soziale und kommunikative Kompetenzen im Medizinstudium

- Wie bewerten Studierende die verschiedenen Lehr- und Lernformen im Medizinstudium hinsichtlich deren Eignung zum Erwerb kommunikativer und sozialer Kompetenzen und konkret ärztlicher Empathie?

Kompetenzbildende Aspekte des Kurses „Ärztliche Gesprächsführung 2 –Überbringen schlechter Nachrichten“

- Inwiefern wird der Kurs „Ärztliche Gesprächsführung 2 – Überbringen schlechter Nachrichten“ als kompetenzbildend hinsichtlich ärztlicher Empathie erlebt?
- Inwiefern werden einzelne methodische Aspekte dieses Kurses (Einnehmen der Rolle der Ärztin oder Patientin, Feedback etc.) als kompetenzbildend wahrgenommen?
- Werden einzelne Aspekte des Konstruktes Empathie durch bestimmte Methoden besonders adressiert?

4 Methodik

4.1 Forschungsstrategie

Das Vorgehen dieser Arbeit ist empirisch. Zu Grunde liegt die Semesterevaluation des Kurses ÄGF 2 des Wintersemesters 2008/2009, bestehend aus geschlossenen Items und offenen Fragen, die Freitextantworten erfordern. Als weiteren Schritt der Datenerhebung wurden Fokusgruppen-Interviews mit einem Teil des vorab durch die Evaluationsbögen erfassten Semesters (also mit Studierenden, die den Kurs ÄGF 2 im gleichen Semester absolviert hatten) durchgeführt. Dabei erfolgte die Auswertung der Daten der geschlossenen Items quantitativ, die der Freitexte und Interviews erfolgten mittels qualitativer Methoden (s.u.). Der methodische Anspruch der vorliegenden Arbeit besteht darin, die explorativen Stärken qualitativer Forschungsmethoden auszunutzen, um durch quantitativ innerhalb eines repräsentativen Studierendenquerschnittes

gewonnene Aussagen zu erklären und zu vertiefen. Das Potential qualitativer Datenerhebung soll hier dem Ziel dienen, die gewonnenen Aussagen der Semesterevaluation vertieft inhaltlich zu füllen und in ihren Sinnzusammenhängen zu verstehen. Komplexe und diffizile Sachverhalte wie die Kompetenz der ärztlichen Empathie sollen mittels qualitativer Analyse möglichst präzise und ohne verzerrende Vereinfachungen dargestellt werden.

Die inhaltliche Begründung für den Fokus auf den Lernerfahrungen des Kurses ÄGF 2 liegt in seiner spezifischen didaktischen Ausrichtung auf die Schulung sozialer und kommunikativer Kompetenzen Medizinstudierender und – geschuldet der Thematisierung „schlechter Nachrichten“ – der besonderen Ausrichtung auf empathische Kommunikation mit Patientinnen. Dieses Lehrmodell ist somit hervorragend geeignet zur vertieften Evaluation des eigenen didaktischen Anspruchs. Darüber hinaus dient es in der Befragung der Studierenden mittels Fokusgruppen als Ausgangspunkt für die Analyse didaktischer Vermittlung ärztlicher Empathie im Medizinstudium im Allgemeinen. Es wird zu beachten sein, dass ärztliche Empathie – sowohl im ÄGF 2 als auch im Hinblick auf andere Lehrformate – häufig nicht explizit verhandelt wird. Vielmehr sind deren Operationalisierungen häufig unter der Überschrift „kommunikative und soziale Kompetenzen“ in den Curricula zu finden. Auch die befragten Studierenden agieren mit heterogenen Deutungen des Begriffes Empathie.

In der Literatur sind kaum Forschungsarbeiten mit ähnlichem Fokus zu finden, die seriöse Hypothesen bezüglich der eigenen Untersuchungsgruppe begründen könnten. Daher zielt das methodische Vorgehen bewusst nicht ausschließlich auf die Überprüfung vorab generierter Thesen, sondern auf ein möglichst hohes Maß an Offenheit gegenüber dem Untersuchungsgegenstand. Zur Reflexion des Forschungsstandes sowie der eigenen Vorkenntnisse und -annahmen wurde zur Analyse der qualitativ erhobenen Daten ein induktiv-deduktives Vorgehen gewählt, das im Kapitel 4.7 genauer erläutert wird.

Der Gültigkeitsbereich der getroffenen Aussagen ist zunächst kongruent mit der Gruppe der von mir befragten Studierenden. Die Erfassung eines vollständigen und zufällig ausgewählten Semesters begründet aber durchaus eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse und eine Übertragbarkeit der sich daraus ergebenden Ableitungen und Implikationen auf Medizinstudierende im Allgemeinen und insbesondere jene der Charité Universitätsmedizin Berlin, die im Hinblick auf Curriculum und Umfeld ähnliche Studienbedingungen vorfinden. Die Ergebnisse können die Komplexität des Forschungsfeldes aufblättern und erschließen,

Grundlage für didaktische und methodische Schlussfolgerungen bilden und sind als richtungsweisend für weitergehende Forschungsarbeiten anzusehen.

Zur Verbesserung der Datenlage und Überprüfung und Verstärkung der getroffenen Aussagen sind weiterführende qualitative Forschungsansätze ebenso denkbar wie die (Weiter-)entwicklung valider standardisierter quantitativer Verfahren und deren repräsentativer Einsatz.

4.2 Triangulation qualitativer und quantitativer Methoden

Die Datenerhebung für die vorliegende Arbeit erfolgte unter Zuhilfenahme verschiedener Methoden:

1. Befragung aller Studierenden, die im WS 08/09 den Kurs ÄGF 2 – Überbringen schlechter Nachrichten“ besucht haben mittels Fragebögen unter Anwendung von geschlossenen Fragen in 19 Items im Sinne einer Kursevaluation (N=281, davon N=214 auswertbar)
2. Ergänzung des gleichen Evaluationsbogens um 4 offene Fragen, die fakultativ beantwortet werden konnten
3. Fokusgruppen-Interviews mit 14 Studierenden der gleichen Kohorte in drei Interviewgruppen

Die Kombination von Erhebungsmethoden wird unter dem Stichwort “Methodentriangulation”³⁶ in der Literatur empfohlen, als eine “*Strategie der Validierung der Ergebnisse, die mit den einzelnen Methoden gewonnen wurden*” [134, S.520]. Vorteile einzelner Methoden können genutzt werden, während spezifische Schwächen ausgeglichen und “*durch Triangulation eine Ergänzung der Perspektiven*” [135, S.73] erreicht werden kann. Neben der Validierung ist die Triangulation ein sinnvolles Vorgehen, um “*eine Anreicherung und Vervollständigung der Erkenntnis und der (immer begrenzten) Erkenntnismöglichkeiten der Einzelmethode*” [134, S.520] zu erreichen.

Sowohl das qualitative als auch das quantitative Paradigma verfolgen spezielle Erkenntnisinteressen (s.u.). Anliegen ist es, diese aufeinander zu beziehen und damit zu

36 Als Triangulation wird die Kombination verschiedener Methoden, Untersuchungsgruppen, verschiedener Forschungssettings oder theoretischer Perspektiven bei der Auseinandersetzung mit einem Phänomen bezeichnet. [Vgl. 133].

realitätsgerechter Erkenntnis zu gelangen, wobei logischerweise auch die Übereinsimmung der Befunde verschiedenen Erhebungsverfahren noch keinen *“Wahrheitsbeweis”* [235, S.75] darstellt.

Im konkreten Fall wurde die standardisierte Befragung eines gesamten Semesters genutzt, um ein repräsentatives Meinungsbild zu erheben. Die Auswertung der Einzelkommentare gibt weiteren Aufschluss über einen großen Teil der Studierenden des betrachteten Semesters. Die Fokusgruppen-Interviews wurden konzipiert als Komplement zum Fragebogen und zur Exploration meiner spezifischen Interessenlage. So kann der Fragebogen allein z.B. nicht klären, wie Studierende den Begriff der Empathie inhaltlich füllen und welchen Einfluss dieser Hintergrund auf ihr Antwortverhalten hat. Die Interviews können letztlich die inhaltliche Grundlage der studentischen Einschätzungen erhellen und den Schritt von einem diffusen Empathiebegriff hin zu konkreten, vielschichtigen Operationalisierungen ermöglichen. Die Arbeit nutzt also einerseits die Breite der Einschätzungen der Studierendenschaft eines gesamten Semesters und andererseits die Ausführlichkeit und Tiefe der Analyse von Fokusgruppen-Interviews, sowie den spezifischen Mehrwert dieser Interviewform durch synergistische Effekte des Gesprächs in der Kleingruppe.

4.3 Die qualitative Methode des Fokusgruppen-Interviews

Die qualitative Methodologie folgt mehreren basalen Axiomen, die dem speziellen Erkenntnisinteresse Rechnung tragen. Insbesondere entfaltet sie ihr Potential dort, wo Untersuchungsgegenstände so komplex sind, dass der Versuch, sie mittels quantitativer Methoden zu erfassen zu einer unterkomplexen Vereinfachung der Forschungsfragen führen würde. Häufig finden qualitative Methoden daher ihre Anwendung in der Erforschung komplexer Konstrukte wie sozialer Zusammenhänge [134]. Auch ärztliche Empathie ist – erst recht im Kontext des weiten Feldes der ärztlichen Kommunikation im Allgemeinen – als Kompetenz ein derart komplexes Konstrukt, dass im Kontext der oben erläuterten Forschungsfragen eine Reduktion auf vorab generierte Hypothesen (wie sie quantitativen Methoden zueigen ist) nicht vorstellbar war.

Als geeignet dagegen erwiesen sich Methoden aus dem Bereich der qualitativen Forschung, die der Komplexität von Forschungsproblemen mit dem Grundsatz einer größtmöglichen Offenheit

begegnen: Auf theoretische WahrnehmungsfILTER im Sinne einer Vorab-Hypothesenbildung wird bewusst verzichtet. Als Konsequenz ergibt sich eine besondere Bedeutung bei der Exploration von Forschungsbereichen (z.B. im Sinne von Pilotstudien), Nachexploration und Überprüfung der Plausibilität statistisch gesicherter Zusammenhänge und der Hypothesenfindung und Theoriebildung [136].

Im Hinblick auf mein Interesse an den spezifischen und subjektiven Lernerfahrungen der Studierenden standen prinzipiell mehrere Erhebungsmethoden zur Auswahl, neben der Durchführung von Fokusgruppen-Interviews unter anderem auch verschiedene leitfadengestützte Interviewformen.

Fokusgruppen stellen methodisch einen Sonderfall der Befragung dar. „Sonderfall“ deswegen, weil neben den Inhalten, die eine Forscherin durch Vorgabe eines Themas erfragt, die Interaktion der Gruppen hinzukommt. Diese generiert u.U. Gesprächsinhalte, die in z.B. Einzelinterviews überhaupt nicht zur Sprache gekommen wären. Morgan definiert die Fokusgruppe oder Gruppendiskussion (die beiden Begriffe werden in der Literatur weitgehend synonym gebraucht) als *„eine Erhebungsmethode, die Daten durch die Interaktionen der Gruppenmitglieder gewinnt, wobei die Thematik durch das Interesse des Forschers bestimmt wird.“* [135, S.27]

Die Verwendung qualitativer Methoden an sich trägt der Einschätzung Rechnung, dass das Agieren der Untersuchungspersonen nicht als „Störquelle“ kontrolliert oder ausgeschaltet werden soll, sondern selbst als erkenntnisgenerierend aufgefasst wird [Vgl. 133, S.250-261]. Für die Durchführung einer Fokusgruppe, die ja Diskussion und Interaktion geradezu provoziert, trifft dies in besonderem Maße zu: *„Die kommunikativ-argumentative Auseinandersetzung führt nicht nur zu einer leichteren und präzisen Argumentation der eigenen Einstellung und Meinung, sondern diese werden durch den kommunikativen Austausch beeinflusst und geradezu erst konstituiert“* [135, S.28]. Da Einzelmeinungen immer in ihrem spezifischen Kontext entstehen sind in Fokusgruppen erhobene Daten mehr als die Summe der Einzelmeinungen; sie müssen vielmehr vor dem Entstehungshintergrund gedeutet werden. Ein diskursiver Austausch von Ansichten und Argumenten ist explizit gewünscht [135, S.25-28]. Nicht zuletzt wird durch die Tatsache, dass durch Interaktion der Gruppe Gegenstand und Ablauf der Diskussion weitgehend selbstständig festgelegt und damit Themen bearbeitet werden, die für die Teilnehmenden als relevant wahrgenommen werden, der Prämisse der Offenheit in der qualitativen Forschung Rechnung getragen. Die Methode erweist sich damit als überaus geeignet zur Identifikation von

Relevanzstrukturen und als brauchbares Verfahren zur Hypothesengenerierung. Ihr Einsatz wird besonders empfohlen wenn es der Forscherin darum geht „*sich im Feld zu orientieren*“ bzw. „*Hypothesen auf der Basis der Einsichten von Informanten zu generieren*“ [134, S.260].

Für mein spezifisches Forschungsinteresse lag der methodische Vorteil der Datenerhebung mittels Fokusgruppen vor allem in dem der Befragungssituation immanenten Denk- und Diskussionsprozess der Teilnehmenden begründet. Die Studierenden wurden nicht als Expertinnen für das Forschungsfeld befragt, von denen gefestigte, vorüberlegte Meinungen und souveräner Umgang mit spezifischem, präzise inhaltlich definiertem Vokabular zu erwarten gewesen wäre. Vielmehr konnte das Setting der Fokusgruppe den Raum bieten intuitive Begriffe zu erläutern und zu entwickeln; Denkprozesse zu initiieren und Standpunkte zu schärfen. Ein solcher Prozess der Diskussion und Meinungsbildung wäre in Einzelinterviews nicht möglich gewesen.

4.4 Auswahl der Untersuchungsgruppe

Gegenstand der Untersuchung waren Studierende, die im Wintersemester 2008/2009 den Kurs UaK Allgemeinmedizin „Ärztliche Gesprächsführung 2 – Überbringen schlechter Nachrichten“ absolvierten. Es handelt sich dabei zum überwiegenden Teil um Studierende des 5. klinischen Semesters, wobei einzelne Studierende wegen Unregelmäßigkeiten im Studienablauf diesen Kurs auch an anderer Stelle im Studium wahrnehmen. Alle Studierenden wurden angehalten, den Kurs mittels eines Fragebogens zu evaluieren, von 281 zurück erhaltenen Fragebögen waren 214 vollständig ausgefüllt und wurden schlussendlich der Auswertung zugeführt.

Die insgesamt 14 Teilnehmerinnen der Fokusgruppen wurden aus der Gruppe der zuvor Befragten rekrutiert. Die Bereitschaft zur Teilnahme wurde von den Dozierenden im Kurs und über eine spätere Kontaktaufnahme per E-Mail erfragt. Als zusätzlicher Anreiz und um der Befürchtung entgegenzutreten, nur Studierende mit ohnehin schon hoher Motivation im Bereich Gesprächsführung gewinnen zu können, wurden Buchgutscheine in Höhe von 15 Euro in Aussicht gestellt. Insgesamt nahmen acht Studentinnen und sechs Studenten teil. Sie diskutierten in drei Fokusgruppen mit drei, fünf und sechs Teilnehmerinnen. Die Fokusgruppen wurden während des gleichen Semesters wie die Kursteilnahme durchgeführt.

4.5 Messinstrumente

Allen Studierenden wurde nach Absolvieren beider Kurstermine des ÄGF 2 ein Evaluationsbogen vorgelegt. Neben 19 Items, die auf einer 7-stufigen Skala von “Stimme völlig zu” bis “Stimme überhaupt nicht zu” eingeschätzt wurden, richtete dieser auch vier offene Fragen an die Studierenden, wobei sich zwei davon ergänzend auf geschlossene Items bezogen.³⁷

Den Fokusgruppen-Interviews lag ein Leitfaden zu Grunde.³⁸ Die Entscheidung für den Gebrauch eines Leitfadens fällt mir, da diese Befragungsform die Entwicklung von Gruppenprozessen und die Erhebung subjektiv reflektierter Erfahrungen der einzelnen Interviewpartnerinnen zuließ und dabei dennoch durch seine strukturierte Form eine Fokussierung auf mein Forschungsinteresse ermöglichte.

4.6 Datenerhebung

Die Evaluation mittels Fragebögen wurde am zweiten Kurstag unmittelbar nach Ende des Kurses erhoben. 214 Studierende gaben auswertbare Fragebögen zurück. 100 Studierende antworteten auf eine oder mehrere der offenen Fragen in Stichworten oder Sätzen.

Ebenfalls zum Kursende wurde das Interesse der Studierenden an der Teilnahme an einem Fokusgruppen-Interview erfragt. Im Vorfeld der Interviewtermine wurden den Teilnehmenden kurze Informationen über das Forschungsforhaben per E-Mail zugesandt. Hierbei handelte es sich um die Fragestellung, organisatorische Absprachen und eine kurze Erläuterung des zu erwartenden Ablaufes. Darüber hinaus beinhaltete die E-Mail die im Kurs ÄGF 2 verwendete Rollenbeschreibung „Motorrad“, die vorab gelesen werden sollte und innerhalb der Gruppendiskussion als Gesprächsanreiz zum Einsatz kam.³⁹

Die Interviews fanden am 13.1., 15.1. und 17.2.2009 statt und hatten eine Länge von 58min, 73min und 80min. Die Aufzeichnungen wurden alle im Trainingszentrum für ärztliche Fertigkeiten am Campus Mitte der Charité Universitätsmedizin Berlin durchgeführt. Alle Beteiligten willigten ausdrücklich schriftlich in die Aufzeichnung in Bild und Ton, sowie die

37 Fragebogen im Anhang.

38 Leitfaden im Anhang.

39 Die Rolle beinhaltet das Überbringen einer Todesnachricht an eine Angehörige in Folge eines Motorradunfalls, ausführliche Rollenbeschreibung im Anhang.

Verwertung der Daten im Sinne meines Forschungsinteresses ein.

Alle Fokusgruppen habe ich selbst geleitet. Für dieses Vorgehen habe ich mich entschieden, um die Asymmetrie zwischen Interviewerin und Interviewten und die daraus resultierenden Verzerrungen möglichst gering zu halten. Zwischen mir als Interviewerin (zum Zeitpunkt der Untersuchung kürzlich examinierte Ärztin ohne Berufserfahrung) und den Teilnehmern bestand hinsichtlich Bildung, Erfahrungskontext und fachsprachlicher Kompetenz eine weitreichende 'gesellschaftliche Nähe'.⁴⁰

4.7 Datenaufbereitung und Auswertung

Die Ergebnisse der Fragebögen wurden in SPSS 16 eingegeben und ausgewertet. Die schriftlichen Kommentare der Studierenden im Rahmen der Semesterevaluation wurden vollständig und wörtlich in eine Excel-Datei übertragen. Alle thematisch relevanten Beiträge wurden mittels Inhaltsanalyse nach Mayring (s.u.) ausgewertet.

Die Fokusgruppen-Interviews wurden von mir wörtlich und in gesamter Länge transkribiert.⁴¹ Die Verschriftlichung erfolgte nach den Regeln der Standardorthographie und Normen der geschriebenen Sprache. Da die inhaltlich-thematische Ebene der Aussagen eindeutig im Vordergrund steht, habe ich Dialektfärbungen geglättet und auf Füllsilben wie „ähm“ verzichtet. Ziel des Transkriptionsvorganges war das Erstellen einer Verschriftlichung, die so authentisch wie möglich, dabei aber auch lesbar ist. Trotz aller Sorgfalt ist Verschriftlichung von gesprochener Sprache immer auch bereits eine erste Interpretation des Gesagten [137, S.797]. In Bewusstsein dessen und mögliche resultierende Verfälschungen so gering wie möglich zu halten, habe ich auch in späteren Arbeitsphasen der Auswertung immer wieder nicht nur auf die Transkripte, sondern auch auf die Videoaufnahmen zurückgegriffen.

Aus Gründen der Anonymisierung habe ich die Gesprächsbeiträge mit den Kürzeln W1-W8 für

40 Auf deren Relevanz verweist Pierre Bourdieu in seinem Essay „Verstehen“, wo er ausführlich die Mechanismen asymmetrischer Befragungssituationen und die daraus resultierenden Einschränkungen des Wertes der Forschungsergebnisse beschreibt. Ein „Verhältnis gesellschaftlicher Nähe“ in den Interviewsituation zu schaffen ist nach Bourdieu sinnvoll, da die Befragten „nur dann eine Antwort geben können, die diesen Namen verdient, wenn sie sich die Befragung aneignen und zu deren Subjekten werden können.“ [37, S.783].

41 Die gesammelten Freitextantworten, die Transkripte der Interviews sowie die Originalaufnahmen wurden von mir archiviert. Die Dokumentation der Transkripte liegt zudem dem Promotionsbüro vor und kann dort eingesehen werden.

die Interviewpartnerinnen und M1-M6 für die Interviewpartner gekennzeichnet.

Die verschriftlichen Interviews wurden in Atlas.ti 5.0 eingepflegt, verwaltet und ausgewertet.

4.7.1 Statistische Auswertung der Evaluationsergebnisse

Die Fragebögen wurden mittels SPSS 16 und den Methoden der deskriptiven Statistik ausgewertet. Für diese Arbeit relevant ist die Auswertung der 7-stufigen Antwortskalen hinsichtlich Häufigkeiten in Prozent sowie und kumulativen Häufigkeiten zur Erfassung von Tendenzen (eher positiv, eher negativ).

4.7.2 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Die Auswertung der offenen Fragebögen-Antworten und der transkribierten Gruppendiskussionen erfolgte mittels Qualitativer Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring [136]. Als Stärken dieses Vorgehens gelten die starke Regelgeleitetheit und methodische Kontrolle, sowie das reduktive und zergliedernde Vorgehen, das eine systematische Bearbeitung speziell auch größerer Datenmengen ermöglicht [138, S.114; 134, S.416]. Zentraler Punkt der Qualitativen Inhaltsanalyse ist die Entwicklung eines Kategoriensystems, dessen Zweck es ist, das Material durch Überbegriffe zu ordnen und damit ein „*deskriptives Analyseraster*“ zu bilden. Kategorien sollen präzise und logisch gegeneinander abgegrenzt sein, sowie jeweils mit 'Ankerbeispielen' belegt werden können [139].

Zwei Wege zur Bildung der Kategorien in der Qualitativen Inhaltsanalyse sind denkbar: Sie können induktiv direkt aus dem Material gewonnen oder deduktiv an das Material herangetragen werden. Beide Vorgehensweisen bieten spezifische Vorteile: Induktive Kategorienbildung strebt nach einer maximalen Offenheit dem Thema und dem Material gegenüber und gewährleistet, „*dass man Zugang zur subjektiven Weltsicht des Gesprächspartners findet und nicht lediglich einige Teilaspekte davon, möglicherweise aus dem subjektiven Sinnzusammenhang gelöst, im analytischen Raster des Forschers hängen bleiben*“ [140, S.27]. Das Auswertungsinstrument wird in Form der Kategorien aus dem Material selbst abgeleitet, ohne sich auf theoretische Vorannahmen zu beziehen. Es ist für die qualitative Inhaltsanalyse sehr fruchtbar, da es „*eine[r] möglichst gegenstandsnahe Abbildung des Materials ohne Verzerrungen durch Vorannahmen des Forschers*“ [136, S.75] ermöglicht. Allerdings kann ein auf diese Weise gebildetes

Kategoriensystem Lücken aufweisen, wenn theoretisch und systematisch relevante Momente vernachlässigt werden, die sich nicht unmittelbar aus dem Ausgangsmaterial ergeben [139].

Deduktive Ansätze bieten die Möglichkeit mit größtmöglicher Systematik und Regelgeleitetheit vorzugehen, können aber ihrerseits wiederum durch den Mangel an Offenheit wichtige Informationen ausgrenzen. Hier werden theoretische Vorannahmen im Hinblick auf das Material operationalisiert und als Kategorien auf das Material angewandt. Sie können sich dabei entweder aus dem bisherigen Forschungsstand oder aber aus dem spezifischen Forschungsinteresse ableiten. In jedem Fall wird der theoretische Hintergrund des Forschenden explizit und das Material in Form der Kategorien theoriegeleitet 'befragt'.

Faktisch liegt die Begrenzung der Vorgehensweisen beim Forschenden selbst: *„Jedoch ist keine dieser Fälle in Reinform zu erwarten. Weder wird der Forscher völlig vorbehaltlos aus den Daten heraus, noch völlig bruchlos aufgrund seines theoretischen Hintergrundes kategorisieren.“* [141, S.165] Um eine *„Verbindung von Offenheit und Systematik“* [139, S.127] zu erreichen, schlägt Reinhoffer daher vor die Vorgehensweisen zu kombinieren. Er unterscheidet formale und materiale Kategorien. Formale Kategorien erfassen eine Dimension oder einen Themenbereich des Untersuchungsgegenstandes, legen aber noch keine Ausprägung fest. Sie sind damit offen und können weiter inhaltlich gefüllt werden. Dies geschieht mittels Inhaltsanalyse, etabliert inhaltliche Gewichtungen und ergibt materiale Kategorien. Die Einführung der formalen Kategorien eröffnet die Möglichkeit, theoriegeleitete Aspekte einzubringen und das Material daraufhin zu überprüfen [139].

Um einerseits der spezifischen Expertise der von mir befragten Studierenden Rechnung zu tragen und andererseits die Implikationen der zur Anwendung kommenden theoretischen Modelle zu überprüfen und das Material gemäß meines speziellen Interesses am Lernerfolg durch den Kurs ÄGF 2 mit seinem didaktischen Konzept auszuwerten, habe ich mich entschieden, eben jene Kombination induktiven und deduktiven Vorgehens anzuwenden.

Unten stehende formale Kategorien und Unterkategorien ergaben sich dabei aus meinem Vorwissen über das Konstrukt der Empathie allgemein und speziell der Operationalisierung des Konzeptes zur Ärztlichen Empathie nach Mercer.⁴² Sie wurden deduktiv auf das Material angewendet. Diese deduktiven Vorannahmen finden sich im Wesentlichen auch im Interviewleitfaden und damit in der den Fokusgruppen-Interviews zu Grunde liegenden Struktur

42 Vgl. Kapitel 2.5.1.2, S. 28.

wieder.

1. Aspekte von Empathie
 1. Einstellungsbezogene Aspekte von Empathie
 1. emotionale Aspekte
 2. moralische Aspekte
 2. Empathie als kognitive Strategie
 3. Empathie als Handlungsstrategie
2. Lerngelegenheiten für Empathie im Studium
 1. theoriegebundene Formate
 2. praxisgebundene Formate
 1. Praktika
 2. Unterricht am Krankenbett
 3. Gesprächsführungskurse
 4. Sonstige/ freiwillige Kurse
3. Differenzierung der Lerngelegenheit „ÄGF 2“
 1. Rolle der Ärztin
 2. Rolle der Patientin
 3. Gesprächstechniken
 4. Feedback

Diese groben Hauptkategorien ergänzten und differenzierten sich im Rahmen der Anwendung auf das erhobene Material erheblich. Diese Vervollständigung und Präzisierung der Auswertungskategorien und Materialanalyse erfolgte induktiv aus dem Datenmaterial selbst.

Zur (induktiven) systematischen Analyse und Ableitung von Auswertungsgesichtspunkte aus den Interviews selbst habe ich für eine inhaltsanalytische Zusammenfassung nach Mayring entschieden, die folgende Arbeitsschritte umfasst:

1. Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstellen: Die Kodiereinheiten werden in eine auf ihren Inhalt beschränkte Form und ein einheitliches Sprachniveau gebracht.
2. Generalisierung: Die Paraphrasen werden unter ein festgelegten Abstraktionsniveau gefasst.
3. Reduktion: In mehreren Schritten werden bedeutungsgleiche Paraphrasen gestrichen und auf dem letztlich angestrebten Abstraktionsniveau zusammengefasst.
4. Die entstandenen Aussagen werden als Kategoriensystem zusammengestellt und dessen

Gültigkeit am Material rücküberprüft.

Jeder Arbeitsschritt erfolgt regelgeleitet [Vgl. 136, S.59-62]. Konkret für die Bearbeitung der Fokusgruppen-Interviews bedeutete dies, die Gesprächsstrukturen der einzelnen Interviews zu analysieren und so thematisch zusammengehörenden Segmente ausfindig zu machen. Auf dieser Basis erfolgte eine erste Paraphrasierung und Generalisierung, dann eine Reduktion der Textgrundlage, indem bedeutungsgleiche Paraphrasen herausgestrichen wurden. Die so entstanden Abschnitte wurden sinnerhaltend betitelt und, um den Textbezug zu wahren, mit einem Ankerzitat markiert. Schließlich wurde das komprimierte Datenmaterial mit thematischen Überschriften versehen und das entstandene Kategoriensystem am Material rücküberprüft. Diese Systematisierung erfolgte hauptsächlich im Programm atlas.ti und wurde durch eine Visualisierung auf Postern ergänzt.

Beispielhaft sei im Folgenden die induktive Bildung einer Kategorie und die Ergänzung deduktiver und induktiver Kategorienbildung dargestellt.

Zitat	Paraphrase	Generalisierung	1. Reduktion	2. Reduktion
<i>„Einfach zu merken irgendwo irgendwas will der mir jetzt vielleicht auch noch sagen, was er sich auch nicht traut oder was wie immer, so so ganz typische Sachen eigentlich. Weil ich finde, wenn man dass halt irgendwie mit der Zeit lernt, kriegt man noch mehr aus den Patienten raus und hat dann unter Umständen ja auch besserer Möglichkeiten, ihn zu behandeln.“ (W4, 1, 213)</i>	Bemerken, was sich Patient nicht zu sagen traut, dadurch mehr aus dem Patienten rauskriegen und ihn dadurch möglicherweise besser behandeln können	Zweckgebundene einführende Kommunikation, da bessere Behandlungsmöglichkeiten, wenn man mehr Informationen von Patienten erhält	Zweckgebundene Kommunikation zum besseren Informationsgewinn	Empathie erfüllt für Ärzte einen Zweck
<i>„auch wenn ich, das nicht nachvollziehen kann, dass er sich schlecht gefühlt hat und ich mich da nicht hineinversetzen kann, kann ich dem Patienten das trotzdem vermitteln und er der wird dann schon so reagieren wie wie ich es erwarte“ (M3, 2, 213)</i>	Auch wenn kein wirkliches Hineinversetzen Patienten trotzdem Empathie vermitteln damit Patient wie gewünscht reagiert	Zweckgebundenes Spiegeln von Empathie, um gewünschte Reaktion des Patienten zu erhalten.	Zweckgebundene Empathie zum Erhalten gewünschter Patientenreaktion	Empathie erfüllt für Ärzte einen Zweck

Die so induktiv aus dem Datenmaterial gewonnene Kategorie „Empathie erfüllt für Ärzte einen Zweck“ kam in meinen aus meinem Kenntnisstand resultierenden Vorannahmen und damit auch in den formalen Kategorien nicht vor. Neben zahlreichen anderen induktiv gewonnen Kategorien ergänzt und differenziert sie das Kategoriensystem:

[...]

1. Aspekte von Empathie
 1. [...]
 2. [...]
2. Empathie als Handlungsstrategie
 1. Empathie erfüllt für Ärzte einen Zweck
 2. Empathie als Technik
 3. [...]
3. [...]

[...]

Im Sinne der Validierung der Analyse erfolgte die Prüfung der Interkoderrealibilität mit Teilen des Materials durch eine weitere Person, die in keiner Weise mit der Lehre der Charité assoziiert ist.

5 Ergebnisse

5.1 Auswertung der Kursevaluation

5.1.1 Geschlossene Fragen

Die geschlossenen Items der Kursevaluation wurde der deskriptiven statistischen Auswertung mittels SPSS zugeführt. Relevant und im folgenden dargestellt sind für diese Arbeit die absoluten und kumulativen Häufigkeiten.⁴³

Die Auswertung der verbleibenden 11 Items erbrachte folgende Ergebnisse:

43 Auf die Darstellung der Auswertung folgender Items wird mangels Relevanz für diese Arbeit verzichtet: „Für mich ist nachvollziehbar, was ich als Studierender/ Studierende im Kurs ÄGF 2 lernen soll.“, „Es herrschte eine angenehme Atmosphäre in unserer Kleingruppe.“, „Der Austausch mit den Experten stellte eine sinnvolle Ergänzung zum Kurs dar.“, „Ich habe mich von meinem Dozenten/ meiner Dozentin ernst genommen gefühlt.“, „Die Dozentin der Dozent hat mit eigenen inhaltlichen Gesprächsbeiträgen den Kurs zu sehr dominiert./ den Kurs genau richtig ergänzt/ ... sich zu sehr zurückgehalten.“

Ich schätze den Inhalt der Lehrveranstaltung ÄGF 2 als für die medizinische Ausbildung wichtig ein.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Angabe	1	,4	,5	,5
	Stimme voll zu.	121	43,1	56,5	57,0
	Stimme zu.	69	24,6	32,2	89,3
	Stimme eher zu.	15	5,3	7,0	96,3
	Unentschieden.	4	1,4	1,9	98,1
	Stimme eher nicht zu.	2	,7	,9	99,1
	Stimme nicht zu.	1	,4	,5	99,5
	Stimme gar nicht zu.	1	,4	,5	100,0
	Total	214	76,2	100,0	
Missing	System	67	23,8		
Total		281	100,0		

Würde ich von jüngeren Studenten nach meiner Meinung befragt, würde ich diesen Kurs weiterempfehlen.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Angabe	8	2,8	3,7	3,7
	Stimme voll zu.	79	28,1	36,9	40,7
	Stimme zu.	79	28,1	36,9	77,6
	Stimme eher zu.	26	9,3	12,1	89,7
	Unentschieden.	11	3,9	5,1	94,9
	Stimme eher nicht zu.	4	1,4	1,9	96,7
	Stimme nicht zu.	1	,4	,5	97,2
	Stimme gar nicht zu.	6	2,1	2,8	100,0
	Total	214	76,2	100,0	
Missing	System	67	23,8		
Total		281	100,0		

Ich fühle mich nach Absolvieren des Kurses sicherer, beim Überbringen einer schlechten Nachricht auf Patienten/ Angehörige eingehen zu können.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Angabe	1	,4	,5	,5
	Stimme voll zu.	31	11,0	14,5	15,0
	Stimme zu.	88	31,3	41,1	56,1
	Stimme eher zu.	65	23,1	30,4	86,4
	Unentschieden.	19	6,8	8,9	95,3
	Stimme eher nicht zu.	3	1,1	1,4	96,7
	Stimme nicht zu.	6	2,1	2,8	99,5
	Stimme gar nicht zu.	1	,4	,5	100,0
	Total	214	76,2	100,0	
Missing	System	67	23,8		
Total		281	100,0		

Ich fand es hilfreich, das Überbringen schlechter Nachrichten in Rollenspielen zu üben.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Angabe	1	,4	,5	,5
	Stimme voll zu.	74	26,3	34,6	35,0
	Stimme zu.	79	28,1	36,9	72,0
	Stimme eher zu.	35	12,5	16,4	88,3
	Unentschieden.	14	5,0	6,5	94,9
	Stimme eher nicht zu.	4	1,4	1,9	96,7
	Stimme nicht zu.	2	,7	,9	97,7
	Stimme gar nicht zu.	5	1,8	2,3	100,0
	Total	214	76,2	100,0	
Missing	System	67	23,8		
Total		281	100,0		

Die Rolle des Patienten/ Angehörigen im Rollenspiel einzunehmen fand ich sinnvoll.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Angabe	2	,7	,9	,9
	Stimme voll zu.	72	25,6	33,6	34,6
	Stimme zu.	71	25,3	33,2	67,8
	Stimme eher zu.	35	12,5	16,4	84,1
	Unentschieden.	16	5,7	7,5	91,6
	Stimme eher nicht zu.	11	3,9	5,1	96,7
	Stimme nicht zu.	2	,7	,9	97,7
	Stimme gar nicht zu.	5	1,8	2,3	100,0
	Total	214	76,2	100,0	
Missing	System	67	23,8		
Total		281	100,0		

Die Rolle des Patienten/ Angehörigen im Rollenspiel einzunehmen hat mir geholfen, dessen Perspektive und Gefühle besser zu verstehen.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Angabe	2	,7	,9	,9
	Stimme voll zu.	54	19,2	25,2	26,2
	Stimme zu.	71	25,3	33,2	59,3
	Stimme eher zu.	38	13,5	17,8	77,1
	Unentschieden.	32	11,4	15,0	92,1
	Stimme eher nicht zu.	9	3,2	4,2	96,3
	Stimme nicht zu.	4	1,4	1,9	98,1
	Stimme gar nicht zu.	4	1,4	1,9	100,0
	Total	214	76,2	100,0	
Missing	System	67	23,8		
Total		281	100,0		

Meine Einschätzung der Wünsche und Bedürfnisse eines Menschen, der eine schlechte Nachricht überbracht bekommt, hat sich verändert.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Angabe	6	2,1	2,8	2,8
	Stimme voll zu.	21	7,5	9,8	12,6
	Stimme zu.	41	14,6	19,2	31,8
	Stimme eher zu.	59	21,0	27,6	59,3
	Unentschieden.	45	16,0	21,0	80,4
	Stimme eher nicht zu.	27	9,6	12,6	93,0
	Stimme nicht zu.	8	2,8	3,7	96,7
	Stimme gar nicht zu.	7	2,5	3,3	100,0
	Total	214	76,2	100,0	
Missing	System	67	23,8		
Total		281	100,0		

Die Rolle des Patienten/ Angehörigen im Rollenspiel einzunehmen hat meine Wahrnehmung für mein Verhalten in der Rolle des Arztes/ der Ärztin verändert.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Angabe	2	,7	,9	,9
	Stimme voll zu.	36	12,8	16,8	17,8
	Stimme zu.	53	18,9	24,8	42,5
	Stimme eher zu.	49	17,4	22,9	65,4
	Unentschieden.	44	15,7	20,6	86,0
	Stimme eher nicht zu.	17	6,0	7,9	93,9
	Stimme nicht zu.	9	3,2	4,2	98,1
	Stimme gar nicht zu.	4	1,4	1,9	100,0
	Total	214	76,2	100,0	
Missing	System	67	23,8		
Total		281	100,0		

Ich konnte durch das Feedback des Dozenten/ der Dozentin mein eigenes Verhalten mit Patienten besser wahr nehmen.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Angabe	3	1,1	1,4	1,4
	Stimme voll zu.	100	35,6	46,7	48,1
	Stimme zu.	80	28,5	37,4	85,5
	Stimme eher zu.	21	7,5	9,8	95,3
	Unentschieden.	8	2,8	3,7	99,1
	Stimme eher nicht zu.	1	,4	,5	99,5
	Stimme gar nicht zu.	1	,4	,5	100,0
	Total	214	76,2	100,0	
Missing	System	67	23,8		
Total		281	100,0		

Ich konnte durch das Feedback meiner Kommilitonen/ -innen, die den PATIENTEN gespielt habe, mein eigenes Verhalten mit Patienten besser wahr nehmen.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Angabe	4	1,4	1,9	1,9
	Stimme voll zu.	81	28,8	37,9	39,7
	Stimme zu.	89	31,7	41,6	81,3
	Stimme eher zu.	28	10,0	13,1	94,4
	Unentschieden.	12	4,3	5,6	100,0
	Total	214	76,2	100,0	
Missing	System	67	23,8		
Total		281	100,0		

Ich konnte durch das Feedback meiner Kommilitonen/ -innen, die das Gespräch beobachtet haben, mein eigenes Verhalten mit Patienten besser wahr nehmen.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine Angabe	7	2,5	3,3	3,3
	Stimme voll zu.	75	26,7	35,0	38,3
	Stimme zu.	86	30,6	40,2	78,5
	Stimme eher zu.	35	12,5	16,4	94,9
	Unentschieden.	10	3,6	4,7	99,5
	Stimme eher nicht zu.	1	,4	,5	100,0
	Total	214	76,2	100,0	
Missing	System	67	23,8		
Total		281	100,0		

In der Zusammenschau ist die Einschätzung des Kurskonzeptes der Lehrveranstaltung „ÄGF 2 – Überbringen schlechter Nachrichten“ und der angewendeten Methodik sehr positiv.

Ihren Gesamteindruck dokumentierten die befragten Studierenden in zwei Items. Der Aussage „Ich schätze den Inhalt der Lehrveranstaltung „Ärztliche Gesprächsführung 2 – Überbringen schlechter Nachrichten“ als wichtig für die medizinische Ausbildung ein“ stimmten 88,7% der Studierenden „voll zu“ und „zu“. Mit der Antwort „Stimme eher zu“ geben 95,7% der Befragten ein in der Tendenz positives Urteil ab. 73,8% der Befragten würden die Lehrveranstaltung an

jüngere Kommilitonen weiterempfehlen („Stimme voll zu“ und „Stimme zu“), weitere 12,1% würden dies in der Tendenz eher tun („Stimme eher zu“).

Welche Konsequenz ergibt sich aus Sicht der Studierenden für deren künftigen Umgang mit Patientinnen und Angehörigen beim Umgang mit schwierigen Gesprächsinhalten? Mehr als die Hälfte der Befragten (55,1%) stimmen der Aussage „voll zu“ oder „zu“, sich nach Absolvieren des Kurses sicherer zu fühlen, beim Überbringen schlechter Nachrichten besser auf Patienten/ Angehörige eingehen zu können. Weitere 30,4% stimmten eher zu, nur insgesamt 4,7% äußerten sich dezidiert negativ. Insgesamt 92,1% fühlten sich zumindest in der Tendenz sicherer, eine schlechte Nachricht in strukturierter Form überbringen zu können, 70,1% sogar deutlich sicherer („Stimme voll zu“ und „Stimme zu“).

Fünf Items erfassen die studentische Einschätzung zur Kursmethodik der eingesetzten Rollenspiele:

71,5% der Studierenden fanden es prinzipiell hilfreich, das Überbringen schlechter Nachrichten in Rollenspielen zu üben („Stimme voll zu“ und „Stimme zu“), weitere 16,4% fanden dies eher hilfreich. 5,1% der Studierenden bewerteten die Methode negativ, 6,5% waren unentschieden. 66,8% fanden es darüber hinaus sinnvoll, im Rollenspiel auch die Patientinnenrolle einzunehmen, weitere 16,4 fanden dies eher sinnvoll, 8,3% fanden dies nicht sinnvoll.

Welchen Lernerfolg glaubten die Studierenden nun vom Einnehmen dieser Rolle des Patienten/ Angehörigen zu haben? 58,4% stimmten der Aussage „voll zu“ oder „zu“, das Einnehmen dieser Rolle habe ihnen geholfen, die Perspektive und Gefühle der Patienten oder Angehörigen besser zu verstehen. Weitere 17,8% stimmten dieser Aussage eher zu, 15% waren unentschieden. 29% der Studierenden gaben an, ihre Einschätzung der Wünsche und Bedürfnisse eines Menschen, der eine schlechte Nachricht bekommen hat, habe sich verändert („Stimme voll zu“ und „Stimme zu“), weitere 27,6% sahen dies in der Tendenz so („Stimme eher zu“). 21% waren diesbezüglich unentschieden, 17,6% sahen keine Veränderung.

Die Konsequenz für den studentischen Blick auf die eigene professionelle Rolle sollte die Aussage „Die Rolle des Angehörigen/ Patienten einzunehmen hat meine Wahrnehmung für mein Verhalten in der Rolle des Arztes/ der Ärztin verändert“ erfassen. Hier stimmten 41,6% der Befragten „voll zu“ oder „zu“, weitere 22,9% stimmten „eher zu“. Während 20,6% der Aussage unentschieden gegenüberstanden, erlebten 14% keine Veränderung ihrer Wahrnehmung.

Drei Items erfassen den Stellenwert des Feedbacks auf die Einschätzung des eigenen Umgangs mit Patientinnen/ Angehörigen im Rollenspiel. 84,1% gaben an, durch das Feedback der Dozentin ihr eigenes Verhalten mit Patientinnen besser wahrnehmen zu können („Stimme voll zu“ und „Stimme zu“), weitere 9,8% stimmten dieser Aussage eher zu. Nur 1% der Befragten schätzte das Feedback der Dozentinnen diesbezüglich dezidiert negativ ein.

Der Aussage „Ich konnte durch das Feedback meiner Kommilitonen/ -innen, die den Patienten gespielt haben, mein eigenes Verhalten mit Patienten besser wahrnehmen“ stimmten 79,6% „voll zu“ oder „zu“, weitere 13,1% stimmten „eher zu“. 75,2% konnten durch das Feedback jener Kommilitoninnen, die das Gespräch beobachteten (also nicht selbst in der Rolle der Patientin oder Angehörigen waren) ihr eigenes Verhalten besser wahrnehmen („Stimme voll zu“ und „Stimme zu“), bei weiteren 16,4% war dies in der Tendenz so.

5.1.2 Offene Fragen

Alle Teilnehmenden des Kurses „ÄGF 2“ hatten die Möglichkeit im Rahmen der Kursevaluation über die oben ausgeführten geschlossenen Items hinaus in Freitexten zu antworten.⁴⁴ Dabei waren zwei Fragen primär offen und bezogen sich auf den Kurs im Allgemeinen („Mir hat an diesem Kurs Folgendes gut gefallen:“, „Ich würde an diesem Kurs Folgendes verbessern:“). Auf Grund der mangelnden Relevanz für diese Arbeit werden die Ergebnisse dieses Teils der Evaluation nicht im Detail ausgeführt. Lediglich hinsichtlich der Rückmeldungen zum Thema `Feedback` werden auch Freitextaussagen aus diesen Rubriken ausgewertet (s.u.).

Zwei Fragen wurden zunächst als geschlossene Frage gestellt. Die ergänzende Öffnung für Freitextantworten ermöglichte den Studierenden eine Stellungnahme zu inhaltlichen Schwerpunkten des Kurses und wurde in ihrer inhaltlichen Ausrichtung auch in den später folgenden Fokusgruppen-Interviews wieder aufgenommen.

Auf die Frage „Die Rolle des Patienten/ Angehörigen im Rollenspiel einzunehmen hat meine Wahrnehmung für mein Verhalten in der Rolle des Arztes/ der Ärztin verändert. Falls ja, inwiefern?“ hatten zunächst 41,6% der Befragten mit „Stimme voll zu“ und „Stimme zu“, weitere 22,9% mit „Stimme eher zu“ geantwortet. Innerhalb der Antworten auf den offenen Frageteil lassen sich inhaltlich drei Ebenen der berichteten Veränderungen abgrenzen:

⁴⁴ Die Antworten wurden den durchnummerierten erfassten Evaluationsbögen und damit einzelnen Studierenden zugeordnet. Die Zitate wurden durch „S.“ für „Studierender“ und die Nummerierung gekennzeichnet. Die Dokumentation der Freitextantworten liegt dem Promotionsbüro vor.

Erstens wurden sich Studierende durch ihr Erleben in der Rolle der Patientin /Angehörigen des Effektes technischer Aspekte der Gesprächsführung von Seiten der Ärztin bewusst. So wurde eine überbordende „*Informationsfülle*“ (S.122) problematisiert und die Frage gestellt „*Was kommt beim Pat[ienten] an?*“ (S.33). Man könne nur „*begrenzte Infos rüberbringen*“ (S.80) und müsse dabei inhaltliche Prioritäten setzen, denn „*man erfährt am eigenen Leib, welche Informationen wichtig sind, was hängen bleibt*“ (S.204). Darüber hinaus wurde als wichtig empfunden, den „*Wissensstand [der Patientin zu] berücksichtigen*“ (S.71), „*klare Aussagen*“ (S.64) zu treffen, dabei „*Fremdwörter [zu] vermeiden*“, sowie auf „*Wortwahl*“ und „*Struktur*“ (S.125) zu achten. Außerdem wurden Gesprächspausen neu bewertet, denn „*ruhige Momente sind wichtig und nicht immer unangenehm für den Patienten*“ (S.34).

Zweitens trafen Studierende Ableitungen ihre eigene Professionalität als Ärztin betreffend. So wurde als Lerneffekt dokumentiert, „*nicht von den Gefühlen eines Patienten/ Angehörigen beeinflusst (Gegenübertragung) zu werden, aber richtig auf sie zu reagieren*“ (S.43). Die emotionalen Äußerungen der gegenüberstehenden Ärztin wurden neu bewertet, denn die Patientinnenrolle biete die Möglichkeit die „*Verunsicherung/ Affekte/ Emotionen des Arztes [zu] sehen und selbst [zu] erleben, inwiefern es mein Verhalten als Pat[ient] beeinflusst*“ (S.168). Ansprüche an die eigenen Grenzen der Kompetenz wurden korrigiert, es sei unproblematisch „*Unwissenheit offen zugeben und an Fachpersonen zu verweisen*“ (S.137).

Als dritten großen Punkt thematisieren die befragten Studierenden einen spezifischen Erkenntnisgewinn aus der erlebten Emotionalität in der Patientinnen- bzw. Angehörigenrolle. Es resultiert daraus eine neue Reflektion der Rolle der Ärztin. Das Einnehmen der Patientinnenrolle „*ermöglicht einem, sich in die Rolle des Patienten hineinzusetzen*“ (S.37), man erlebe, dass selbst „*kleine `Versprecher` [...] enorme Reaktionen und Emotionen auslösen*“ (S.117) können und schule durch eben jenen Rollenwechsel die eigene „*Empathie*“ (S.141).

Das emotionale Erleben der Studierenden wird unmittelbar übertragen in einen Anspruch an das eigene Verhalten in der professionellen Rolle als Ärztin: Durch den Eindruck der Patientinnenrolle könne man „*erkennen, wie sich ein Pat[ient] in einer bestimmten Situation fühlt und dadurch besser darauf eingehen*“ (S.58). Es erfolgt eine „*Sensibilisierung auf Dinge, die man absolut nicht sagen sollte oder als Patient nicht hören möchte*“ (S.6). Da man „*auf diese Weise die Bedürfnisse des Patienten in der Gesprächssituation*“ reflektieren kann (S.152), ermögliche dies wiederum, „*auf die Emotionalität des Patienten gezielt einzugehen*“ (S.145). Im

besten Fall „reagiert [man dann] als Arzt eher so, wie man es sich als Patient wünscht“ (S.59).

Die Reaktionen von Patientinnen werden durch die selbst erlebte Konfrontation nachvollziehbarer, „man hat mehr Verständnis für die Lage“ (S.162) und für „aufgeregtes und vielleicht unangenehmes Verhalten des Patienten“ (S.207). Die Tragweite der ärztlichen Kommunikation wurde in der Patientinnenrolle konkret erlebbar: „Mir ist bewusst geworden, dass ein Gespräch nicht rückgängig zu machen ist – gesagt ist gesagt“ (S.132).

Einige Studierende machten dezidierte Angaben dazu, keinen gesonderten Erkenntnisgewinn durch das Einnehmen der Patientinnenperspektive gezogen zu haben: Der Perspektivenwechsel „hat mir nicht so geholfen“ (S.6), anderen „fiel es schwer, die Patientenrolle wirklich nachzuempfinden“ (S.136).

Das zweite um einen offenen Antwortteil erweiterte Item lautete: „Meine Einschätzung der Wünsche und Bedürfnisse eines Menschen, der eine schlechte Nachricht überbracht bekommt, hat sich verändert. Falls ja, inwiefern und wodurch?“ 29% der Studierenden stimmten dieser Aussage „voll zu“ oder „zu“, weitere 27,6% stimmten der Aussage „eher zu“.

Auf den Frageteil „inwiefern“ sich die eigene Einschätzung der Wünsche und Bedürfnisse verändert hat, gaben die Studierenden teils sehr konkrete Antworten, die häufig Aspekte der Gesprächstechnik und -strukturierung aufgriffen. So wurden zum Beispiel die „Six Steps“ (S.102) oder ein „Warnschuss“ (S.123) als konkrete Elemente einer Gesprächsstruktur genannt,⁴⁵ sowie eine „klare und für den Patienten verständliche Ausdrucksweise“ (S.114), „einfache Erklärungen“ (S.161) und „weniger Info, mehr Pausen“ (S.163) als wichtig erkannt.

Auch inhaltlich benennen die befragten Studierenden eine veränderte Wahrnehmung von Bedürfnissen. So gewannen sie ein neues Verständnis für „die Labilität eines Menschen in Extremsituation[en] [... und] seine Reaktionen“ und dadurch „noch mehr Klarheit, was er vom Arzt braucht“ (S.43). Auch die Individualität von Patientinnen wurde neu gewürdigt, „insofern, dass jeder Patient andere Bedürfnisse hat“. Interessanterweise wurde diese Erkenntnis abgeleitet aus den „unterschiedlichen Reaktion[en] der Kursteilnehmer“ (S.83). Es erfolgt also eine Antizipation der Bedürfnisse von Patientinnen aus dem konkreten eigenen Erleben im Kurs (und dem berichteten, ebenso unmittelbaren Erleben der anderen Kursteilnehmer).

Insgesamt sei das Bedürfnis von Patientinnen mehr als jenes nach „nur Fakten, Fakten, Fakten“

45 Vgl. Kapitel 2.6.3, S. 44.

(S.122) und die Einschätzung sei nun „*besser, auf welche Bedürfnisse man eingehen sollte, was man ansprechen sollte*“ (S.100). Eine Konkretisierung, auf welche genauen Bedürfnisse hier abgehoben wird, erfolgt leider nicht.

Bezüglich des Frageanteils „wodurch“ sich die Einschätzung der Wünsche und Bedürfnisse von Menschen verändert, denen eine schlechte Nachricht überbracht wird, lassen sich vier Punkte extrahieren.

Zum Ersten beschreiben die Studierenden die Konfrontation mit der Situation eines schwierigen Gesprächs an sich als lehrreich. So wird die Methode des „*Rollenspiels*“ (S.13), also die „*Situation [die schlechte Nachricht] selbst zu überbringen*“ (S.43) als Erkenntnis bringend gewertet, denn diese konkrete „*Situation [sei] ungleich [der] Theorie*“ (S.212). Das gewonnene Erfahrungswissen wird als höher eingeschätzt, als theoretisch vermittelte Inhalte.

Neben der simulierten Gesprächssituation als solcher benennen Studierende als zweiten Punkt, der zur veränderten Einschätzung führte, das Einnehmen der Patientinnenrolle. So führten die „*Annahme der Patientenrolle im Kurs*“ (S.126) und die „*Erwartungen [die sich] in der Patientenrolle*“ ergeben zu einer veränderten Wahrnehmung.

Drittens empfinden Studierende es als Erfahrungsvorsprung und Entlastung, schwierige Gesprächssituationen in einer Simulation geübt zu haben: „*Die Patientenrolle einzunehmen [bietet die] Möglichkeit in einem 'geschützten Rahmen' zu üben*“ (S.42). „*Man hat jetzt das Gefühl, das Überbringen schlechter Nachrichten ist nicht mehr das erste Mal.*“ (S.163)

Als vierten Punkt benennen Studierende den Einfluss ihrer Dozentinnen und Dozenten: „*durch die Anregungen durch Herrn A.*“ (S.26) hätte sich die Einschätzung der Bedürfnisse verändert.

Des Weiteren wird die hilfreiche Funktion des Feedbacks betont. So wird als wichtig für den Lernerfolg wahrgenommen „*ein ehrliches, produktives Feedback vom Dozenten und den Studierenden zu bekommen*“ (S.6). Das Feedback sei „*konstruktiv*“ (S.10), „*gut strukturiert*“ (S.113) und „*ausführlich*“ (S.133) gewesen und habe „*konkrete Tipps*“ (S.133) beinhaltet. Bezüglich der Reflexion des eigenen Verhaltens in der Professionalität der Ärztinnenrolle habe das „*Feedback der anderen, wie sie sich im Gespräch als Patient wirklich gefühlt haben*“ und die Erkenntnis, dass dies „*differiert vom eigenen Empfinden*“ (S.10) zu einer veränderten Einschätzung des eigenen Verhaltens geführt. Insgesamt sei die „*Sicht der Dinge aus drei Perspektiven (Arzt, Patient, Beobachter)*“ (S.51) prägend für die Wahrnehmung der eigenen

Position als Ärztin gewesen.

Neben dieser positiven Würdigung des Feedbacks gab es allerdings auch ein Votum für „weniger Feedback [und dafür] etwas mehr inhaltliche Stoffvermittlung“ (S.7).

5.2 Auswertung der Fokusgruppen-Interviews

5.2.1 Dimensionen ärztlicher Empathie

Die interviewten Studierenden thematisierten eine Vielzahl von Aspekten der Empathie. Ärztliche Empathie stellte sich als multidimensionales Konstrukt dar. Grundsätzlich – wenn auch nicht trennscharf – unterschieden die Studierenden einstellungsbezogene Aspekte von Empathie ('empathisch sein') von handlungsbezogenen Aspekten ('empathisch handeln').

Im Folgenden werden in Kapitel 5.2.1.1 zunächst einstellungsbezogene, als persönlichkeitsimmanent angenommene Aspekte von Empathie verhandelt. Dabei werden insbesondere Reibungspunkte zwischen professionellen und persönlichen Aspekten deutlich. Zudem werden Konsequenzen und Schwierigkeiten einer solchen Betrachtungsweise hinsichtlich Erlernbarkeit von Empathie, aber auch moralischem Gewicht und Abhängigkeit von der Interaktion konkreter Personen (in diesem Falle Patientin und Ärztin) bearbeitet.

Kapitel 5.2.1.2 betrachtet handlungsbezogene Aspekte von Empathie. Es werden Aspekte ärztlicher Empathie als eine konkret erlernbare ärztliche Kompetenz und deren Konsequenz hinsichtlich strategischer Anwendbarkeit in der Kommunikation zwischen Ärztin und Patientin aufgezeigt.

Kapitel 5.2.1.3 wird die Trennung dieser Pole aufgeben um die Bemühungen der Studierenden analysieren, die verschiedenen emotionalen, moralischen und strategisch-anwendbaren Aspekte von Empathie mit ihren Erwartungen an die Rolle der Ärztin zu verknüpfen. Dabei werden 'Professionalität' der Ärztinnenrolle im Verhältnis zur 'Authentizität' des konkreten handelnden Subjektes als entscheidende Begriffe betrachtet.

5.2.1.1 Einstellungsbezogene Aspekte von Empathie

Empathie – menschliche oder ärztliche Kompetenz

Zwei Grundlinien wurden in der Diskussion um ärztliche Empathie deutlich. Ein Teil der Studierenden⁴⁶ lehnte eine Einordnung als spezifisch ärztliche Kompetenz ab und verwies auf das Grundsätzliche, das nicht fachlich Instrumentalisierbare: „*Empathie ist finde ich was, das gehört zur Persönlichkeit von einem Menschen*“ (M6, 3, 443). Eine Funktionalisierung für den Beruf der Ärztin wurde abgelehnt: „*Empathie ist wirklich was, was [sic] man nicht sagen kann, [...] ich gehe jetzt in die Klinik, ziehe mir meine Arztkittel an und dann bin ich empathisch ich dann dann um 17, 18, 20 Uhr [...] ziehe ich damit die Empathie wieder aus und bin ein anderer Mensch*“ (M6 ebenda).⁴⁷ Noch grundsätzlicher wurde postuliert, dass jedem Menschen eine „*Grundfähigkeit*“ zur empathischen Kommunikation zu eigen sei, „*sonst könnten wir gar nicht wirklich kommunizieren*“ (W5, 2, 201): „*Ich glaube dass [...] schon irgendwie jeder Mensch irgend eine Fähigkeit erzeugt, die unterschiedlich stark ausgeprägt ist*“ (W5, ebenda).

Empathie wurde hier als ein parakommunikatives Geschehen verstanden: „*Es läuft während der Kommunikation ab, aber nicht auf einer direkten kommunikationsverbalen Ebene*“. „*Emotional mitzuschwingen*“ mache eine sinnhafte Kommunikation überhaupt erst möglich (W5, 2, 181).

Nicht weniger grundsätzlich stellten andere Studierende Empathie als spezifisch ärztliche Kompetenz heraus. Die Frage nach Empathie wurde unmittelbar mit Ansprüchen an eine „gute Ärztin“ verknüpft: „*Dass ist ne Einstellungsfrage, [...] ob das für einen dazugehört, ob man ein guter Arzt ist oder nicht,*“ (W4, 1, 113).⁴⁸ Ärztliche Empathie wurde aber als weit mehr als ausschließlich professionelle Eigenschaft verhandelt. Sie wurde vielmehr grundsätzlich mit der Persönlichkeit des handelnden Subjektes verknüpft, indem es zur „*Charakterfrage*“ erklärt wurde, „*ob man so auf den Patienten eingehen kann und dem Patienten auch so viel Raum lassen kann [...]*“ (M3, 2, 88).

Diese Grundsätzlichkeit wird sich später in der Frage nach der Lern- und Lehrbarkeit von Empathie im Studium wiederfinden. Während menschliche Grundkompetenzen als losgelöst vom Bildungsweg angesehen wurden, die bei einer Entscheidung für ein Medizinstudium bereits

46 Die Kennzeichnung der Zitate folgt der Bearbeitungsstruktur der Interviews in atlas.ti: Person, Interview, Zeile.

47 Vgl. M5, der sich gegen eine professionelle Operationalisierung des Empathiebegriffes ausspricht: „...also [...] es mag jetzt hier meinerwegen nur im den Umgang mit Patienten gehen, aber grundsätzlich spiegelt sich das ja eben auch im Makrokosmos der Welt so wider; [...] ich kann ja auch mit Leuten, mit der Kassiererin irgendwie umgehen können...“ (M5, 3, 441).

48 Vgl. auch M2, 1, 283: „ich glaube einerseits ist es ganz wichtig, was vorhin gesagt wurde, dass es es aus der eigenen Einstellung heraus kommt. [...] so ne grundsätzliche Einstellungssache...“ oder W3, 1, 317: „Einstellungssache, irgendwie von einem selber...“.

angelegt seien, werden ärztliche Kompetenzen eher als Gegenstand der Kompetenzbildung im Medizinstudium betrachtet.⁴⁹

Empathie – lernbare Kompetenz oder Begabung

Mehrere Studierende reflektierten ihren Eindruck, dass es anscheinend grundlegend 'empathisch begabtere' und 'unbegabtere' Studierende gäbe. So äußert zum Beispiel W4 zu Ärztinnen-Patientinnen-Gesprächen, die schwierige Nachrichten zum Inhalt haben: *„Ich find immer wieder faszinierend, dass einige Leute das irgendwo so instinktiv können [...] oder instinktiv einfach dafür ein Händchen haben, wie man solche Gespräche führt und bei manchen Leuten, wenn ich mir dann vorstelle, um Gottes Willen“* (W4, 1, 85) oder auch kategorischer *„...es gibt Leute, die sind ganz tolle Wissenschaftler und es sind Leute, die sind einfach tolle Patientengänger“* (W7, 3, 324).

Es wurde angezweifelt, dass diese individuelle „empathische Grundausstattung“ sinnvoll modifiziert werden kann: *„Es gibt irgendwie Leute, die ein Gespür dafür haben und welche, die es nicht erlernen und die die's nicht erlernen, die erlernen es, glaub ich, auch nicht besser dadurch, dass sie sich ne Struktur zurecht legen, sondern dass wirkt dann gekünstelt“* (W2, 1, 110).⁵⁰ Andererseits wurde es aber durchaus für sinnvoll erachtet *„dass so bisschen Einfühlungsvermögen oder so was beigebracht wird. Weniger Struktur, sondern wirklich angemessenes Umgehen mit jeweiligen Situationen“*, auch wenn man das *„schlecht üben“* (W2, 1, 110) könne.⁵¹

Empathie – aktives Hineinversetzen vs. passive Rezeption

„Empathie ist die Fähigkeit mitzufühlen, [...] was in dem Patient gerade vorgeht. Und im speziellen Fall dann auch natürlich auch das Leid, Kummer, Schmerz“ (M3, 2, 185). So oder ähnlich charakterisierten mehrere Studierende das Aufnehmen speziell stark emotionaler Erlebnisinhalte ihres Gegenübers.

Häufig wurde diese eigene emotionale Reaktion nach ihrer Konsequenz, also nach der resultierenden Reaktion auf das Gegenüber bewertet: *„Eben mitzufühlen und eben dadurch die Fähigkeit zu haben, nicht unangemessen zu reagieren. (...) Quasi zu wissen, wie geht's ihm und*

49 Vgl. Kapitel 5.2.4., S. 106.

50 Ähnlich kritisch sah M5 das Erlernen empathischer Techniken und betonte das seiner Meinung nach Grundsätzliche an Empathie: *„ich find auch, dass das keine Technik ist, die man lernen muss oder so, so wie man jetzt in die Fahrschule geht, um Auto fahren zu lernen. Also, sondern das ist eigentlich was, was man, denk ich, normalerweise in gewissen Grundzügen einfach gegeben hat.“* (M5, 3,301)

51 Die Frage nach der Lernbarkeit von Empathie wird in Kapitel 5.2.4, S. 106 ausführlich behandelt.

was würde ich mir jetzt wünschen“ (ebenda).⁵² Der Wert der Empathie liegt hier also nicht im Mitfühlen an sich, sondern in der aus diesem Mitgefühl abgeleiteten „richtigen“ Reaktion.⁵³ Hier verwischt die Abgrenzung einstellungs- und handlungsbezogener Aspekte von Empathie, genauer gesagt: Eine empathische Einstellung im konkreten Setting einer Ärztinnen-Patientinnen-Kommunikation bemisst ihren Wert und Nutzen nach dem konsekutiven empathischen Handeln.

Neben diesem stark ergebnisorientierten, aktiven Hineinversetzen wurde Empathie auch als rezeptive Fähigkeit ausgeführt: *„Ich finde das ist eher also, dass man selber [...] irgendwie durchlässiger wird, für das was [...] von dem anderen kommt. Und das ist weniger ein Aufstülpen des eigenen; oder das in den anderen Reinversetzen, das ist nicht [...] ein aktives Ineinander, sondern [...] eher so ein offen sein für das, was von dem andern kommt“ (W3, 1, 226).* Empathie stellt hier zunächst eine rein subjektive emotionale Reaktion dar, ein „Mitschwingen“ (W5, 2, 177), dass zunächst ganz auf Seite der Rezipienten liegt. In diesem Sinne ist Empathie eine emotionale Fähigkeit, auch wenn diese in ihrer Konsequenz handlungsgenerierend sein kann.

Empathie – eine moralische Instanz im ärztlichen Selbstverständnis

Empathisch zu sein wurde auch als „Charakterfrage“ (M3, 2, 88) verhandelt, es herrschte eine implizite Einigkeit darüber, dass eine gute Ärztin eine empathische Ärztin ist und das eine Medizinstudentin, die ein empathisches Gespür mitbringt, die geeignetere Kandidatin ist: *„Ich denke, da bringen einfach die meisten, die Medizin studieren schon so eine Grundvoraussetzung mit“ (M6, 3, 82) oder: „ich glaube [...] dass [Empathie] halt etwas ist, was man von vornherein mitbringen sollte, auch schon als Grundmotivation für das Medizinstudium“ (W8, 3, 348).* Die empathische Ärztin als erstrebenswertes Leitbild wurde in der Diskussion nie grundlegend in Frage gestellt.⁵⁴

52 Vgl. auch M6: *„... die Fähigkeit, sich in den Patienten einfühlen zu können und dadurch nachzuvollziehen, wie sich der Patient in der Situation (..) fühlt und dadurch wiederum besser auf den Patienten reagieren zu können und dadurch eben ein besseres Gespräch mit dem Patienten führen zu können.“ (M6, 3, 252)*

53 Damit befindet sich M3 in Übereinstimmung mit frühen Theoretikern wie Lipps, die Empathie als eine stellvertretende Emotion auf das Erleben des Gegenübers beschrieben. Die eigene emotionale Reaktion auf das beim Gegenüber „Erfühlte“ hat seiner Meinung nach eine unmittelbare Konsequenz für die Reaktion auf das Gegenüber.

54 Die Erkenntnis, dass ein moralisches Grundverständnis der Ärztin als empathisch und einfühlsam vorausgesetzt wird, ist nur vordergründig banal. Auch wenn die öffentliche Diskussion der letzten Jahre vermehrt der sprechenden Medizin das Wort redet, so stehen doch andere starke Bilder der Medizinerschaft dem entgegen – nicht zuletzt das der medizinischen Dienstleisterin, die ihre Kundinnen, die Patientinnen, zufriedenstellen muss oder des 'Gottes in Weiß', der über eine gleichberechtigte Kommunikation erhaben ist.

Empathische Emotion und Abhängigkeit von der Patientinnenpersönlichkeit

Die empathische Emotion ist nicht universell. Ein Aspekt ist die persönliche Verbundenheit zur individuellen Patientinnengeschichte: *„Das hängt wahrscheinlich [...] auch vom Patienten [ab], je nachdem ob mir seine Geschichte nahe steht oder nicht nahe steht, ob ich mich da eben hineinversetzen kann...“* (M3, 2, 203). *„Empathie, die entwickelt sich irgendwie im Gespräch oder nicht“* (M5, 3, 65). Es gäbe Patientinnen, zu denen man *„keine Basis findet“*, die einem gar *„völlig zuwider sind, [...] oder man [kommt] einfach mit denen nicht klar“* (W2, 1, 219).

Die Gründe für diese unterschiedliche Mitreaktion wurden bei den Studierenden an keiner Stelle explizit verhandelt, vereinzelt lösten sie sogar offensiv Ratlosigkeit aus: *„Ich weiß auch nicht woran es liegt, also, kann man nicht sagen, warum“* (M5, 3, 65). Implizit scheint hier zum Ausdruck zu kommen, dass emotionale Aspekte von Empathie umso leichter aktiviert werden können, je näher die Lebensrealität der Patientin ist, sei es in Bezug auf Alter, Geschlecht, sozialer Schicht, Lebensführung.

Folglich ist auch der Umkehrschluss möglich, bis hin zu der Konsequenz, dass ein konstruktives Gespräch schlicht nicht möglich sei: *„...wenn man irgendwie das Gefühl hat, man kann mit einem Patienten überhaupt nicht [...], dann muss man es vielleicht auch lassen“* (W2, 1, 219). Unter allen ärztlichen Tätigkeiten sei es vor allem die der empathischen Gesprächsführung, welche derart von interpersonellen Aspekten abhängt: *„...ich [kann]dem ja trotzdem professionell [...] ein Stück Darm entfernen oder den Arztbrief schreiben oder dem Blut abnehmen [...]. Aber wenn es einfach darum geht [...] zum hundertsten mal irgendwie die Therapiemöglichkeiten zu erklären [...], der [Patient] hört mir auch nicht zu, der kann mit mir vielleicht genauso wenig, wie ich mit ihm“* (W2, 1, 242).

5.2.1.2 Handlungsbezogene Aspekte von Empathie

Die Medizinstudierenden betrachteten den Begriff der Empathie auch unter eher wirkungsbezogenen Aspekten. Hier ging es nicht um den emotionalen Gehalt empathischen Empfindens oder einer kommunikativen Situation. Es ging nicht um die Produktion eines adäquaten – nämlich in Bezug auf das Leiden der Patientin empathischen – Gefühls, aus dem dann eine empathische Reaktion resultiert. Vielmehr ging es um die empathische Reaktion an sich, die professionell und oft auch zweckgebunden eingesetzt werden kann. Die Formulierung von M4 fasst das Thema dieses Kapitel zusammen: *„Ich weiß gar nicht ob man sich immer so sehr in den Patienten einfühlen muss, ob das notwendig ist für ein empathisches Verhalten“* (M4,

3, 260).⁵⁵

Empathie als erlernbares Verhalten

So berichtete W4 aus ihrer Erfahrung professioneller Gesprächsführungskurse für medizinisches Personal: *„Man kann bestimmte Gesprächsmuster sich anlernen und man kann vor allem lernen, auf Leute zu achten. Und zwar mehr, als das was uns gesagt wird, von wegen, macht nicht so [verschränkt die Arme vor der Brust] wenn ihr vorm Patienten sitzt“* (W4, 1, 325). Sie verdeutlichte aber zugleich, dass sie die im Studium vermittelten Inhalte diesbezüglich für unzureichend hält: *„... doch nicht diese fünf Stichpunkte von wegen Warnschuss, das das und das, das sind zwar gute Anhaltspunkte, aber das ist im Grunde genommen das, was man eigentlich instinktiv eigentlich macht“* (W4, 1, 329).

Mehrere Studierende beschrieben die Qualitätsveränderung ihres ärztlichen Handelns durch empathische Kommunikation: *„... dass du schon auch rüberbringst, [...] du bist irgendwie derjenige, der im besten Falle irgendwie helfen kann und der der das Wissen hat und der auch irgendwie so ne Richtung [...], Leitlinie vorgeben muss, auch für den Patienten, damit der weiß wo er hin muss“* (W2, 1, 217).

Auch wenn erlernte Gesprächstechniken nur „Rhetorik“ seien, so dienten sie doch als eine Art Ersatz, wenn einem „echte“ Empathie nicht gegeben sei: *„Was man wirklich gut lernen kann [...] sind so Sachen wie Rhetorik, was ja schon viel für so ein Gespräch ausmachen kann. Und, also ich denke, man kann von der Empathie im ärztlichen Lager [...] viel kompensieren, wenn man eine gute Rhetorik hat und wenn man die nötige das nötige Fachwissen dann hat“* (M6, 3, 342). Empathische Gesprächsführung wurde so als unabhängig von empathischem Erleben deklariert: *„... ich könnte mir vorstellen, dass man [...] Empathie auch so ein bisschen vorspielen kann. [...] durch Floskeln [...] oder bestimmte Redebestandteile kann ich Empathie zumindest vermitteln. Wenn ich jetzt zum Beispiel sage, ja, sie müssen sich jetzt furchtbar fühlen, [...] auch wenn ich damit selbst nicht so viel anfangen kann, glaub ich schon dass ich dem Patienten damit vermitteln kann, dass ich jetzt mit ihm mitfühle“* (M3, 3, 203).

Empathie als explorative Strategie

Empathische Kommunikation habe unmittelbar medizinisch-technische Konsequenzen: *„...Ich finde, wenn man das halt irgendwie mit der Zeit lernt, kriegt man noch mehr aus den Patienten*

⁵⁵ Vgl. W3, 3,274: *„ich glaube [...] [ob man sich] in seine Situation hineinversetzen kann oder nicht, ist gar nicht so wichtig. Es ist wichtig, dass [...] das der Patient bei mir als Arzt das Gefühl hat, aufgehoben zu sein.“*

raus und hat dann unter Umständen ja auch besserer Möglichkeiten, ihn zu behandeln“ (W4, 1, 102).

Nicht jeder empathische Gesprächsinhalt müsse auf einem tatsächlichen Mitempfinden der Emotionalität des Gegenübers beruhen: „...auch wenn ich das nicht nachvollziehen kann, dass er sich schlecht gefühlt hat und ich mich da nicht hineinversetzen kann, kann ich dem Patienten das trotzdem vermitteln und“ – hier wurde die Zweckgebundenheit der Kommunikationsstrategie explizit – „er wird dann schon so reagieren wie wie ich es erwarte“ (M3, 2, 68).⁵⁶ Hier bekam die eben ausgeführte „Lernbarkeit“ von empathischem Verhalten eine praktische Konsequenz für die Studierenden – Empathie stehe einer Ärztin nur dann als explorative Strategie zur Verfügung, wenn sie auch zuverlässig abruf- und nutzbar ist. Empathie sollte in diesem Sinne einer Ärztin im Repertoire der ärztlichen Kompetenzen zur effektiven Betreuung von Patientinnen zur Verfügung stehen. In die Diskussion um diesen instrumentalisierten – nämlich mittelbar oder unmittelbar auf diagnostische oder therapeutische Konsequenzen zulaufenden – Einsatz empathischer Gesprächsführung mischte sich immer wieder die Sorge „gekünstelt“ (W2, 1, 110) zu wirken.

Doch selbst wenn Empathie als eigene emotionale Mitreaktion verstanden wird, kann der Fokus auf dem Resultat liegen. So wurde Empathie beschrieben als „Fähigkeit, sich in den Patienten einfühlen zu können und dadurch nachzuvollziehen, wie sich der Patient in der Situation (..) fühlt und dadurch wiederum besser auf den Patienten reagieren zu können und dadurch eben ein besseres Gespräch mit dem Patienten führen zu können.“ (M6, 3, 252).⁵⁷ Über den faktischen Informationsgewinn durch empathische Gesprächsführung hinaus sahen einige Studierende die erfahrene, empathische Ärztin als jemanden mit einer Art ärztlicher Hellsichtigkeit, mit einem „sechsten Sinn“ (W4, 1, 213), einem „Gespür“, die „bevor der Patient den nächsten Schritt macht eigentlich schon weiß, worauf der hinaus will“ (M4, 3, 260).⁵⁸

56 Vgl. M4, 3, 260: „ich weiß gar nicht ob man sich immer so sehr in den Patienten einfühlen muss, das ob das notwendig ist für ein empathisches Verhalten, M2, 1, 283: „...diese Sache auch zu erlernen. Wie man, mit welchen Verhaltensweisen man am besten dahin kommt, um möglichst empathisches Verhalten zu zeigen.“

57 Vgl. auch W8, 3, 296: „das Gefühl der Empathie sollte, hoffe ich, dass das wirklich auch mit der Erfahrung dann letztlich kommt, dass man dann irgendwann schon so viele Patienten gesehen hat, [...] dass man halt von vornherein vom Patienten schon so einen Eindruck hat, dass man entsprechend auf ihn reagieren kann“

58 Vgl. W4, 1, 213: „...ein Aspekt ist halt nicht nur dass Hineinversetzen in den Patienten, wenn's gerade offensichtlich ne schwere Situation ist, sondern im Prinzip auch sonst als Arzt immer irgendwo nen sechsten Sinn dafür zu haben wies dem Patienten geht. Also einfach ein Gespür dafür zu kriegen irgendwie. Wenn jemand in den Raum kommt, sich den anzugucken und zu sagen, wie ist der drauf. [...] in was für ner Stimmung ist der gerade oder [...] was ist da jetzt noch dahinter. Sagt der jetzt mir eigentlich alles, was ihm durch den Kopf geht oder äh oder ist da noch viel viel mehr im Busch zum Beispiel.“

Empathische Gesprächsführung – Sehnsucht nach technischen Ansätzen

Jenseits dieser eher metaphysischen Ebene schien es unter mehreren Studierenden eine Art Sehnsucht nach fassbaren, im Sinne empathischer Verhaltensweisen erlernbaren Konzepten zu geben, nach „Techniken“, wobei deren genauer Inhalt oft unklar blieb. So beklagte zum Beispiel W3: „...in anderen Disziplinen, wo Kommunikation auch so ne Rolle spielt, [...] die lernen einfach Techniken und wir nicht.“ (W3, 1, 349) oder W5: „Das ist lernbar, das ist irgendwie eine Technik.“ (W5, 2, 223) Die Ausführungen dazu, was genau „Gesprächsführungstechniken“ denn sein können, blieben eher allgemein. Es wurden einige Aspekte aus den Gesprächsführungskursen rezipiert: der „Warnschuss“ oder einzelne rhetorische Elemente wie Pausen lassen, Wiederholen was die Patientin gesagt hat. Ob dies darin begründet liegt, dass schlicht keine konkreten Gesprächsführungstechniken gelehrt wurden („...ja welche Techniken denn“, W4, 1, 329) oder der Anteil von Empathie an ärztlicher Kommunikation für die Studierenden schwierig durch konkrete Gesprächsführungstechniken zu fassen war, bleibt offen.

Die voranstehenden beiden Kapitel haben von den Studierenden diskutierte einstellungs- und handlungsbezogene Aspekte des Empathiebegriffes und im speziellen der Kompetenz der ärztlichen Empathie erörtert und Überschneidungen und Trennschärfen aufgezeigt. Im Folgenden sollen die Argumente und Begründungen dieser beiden Pole zusammengeführt werden, um sich einer weiteren vermeintlichen Dichotomie im Alltag ärztlichen Handelns und Kommunizierens zu nähern: Authentizität als Persönlichkeit und Professionalität im ärztlichen Alltag und der ärztlichen Kommunikation.

5.2.1.3 Ärztliche Empathie – zwischen Professionalität und Authentizität

Ärztliche Professionalität wurde als Kompetenz ins Feld geführt, welche die interindividuellen Differenzen zwischen Ärztin und Patientin zu überbrücken vermag. Die Ärztin „sollte [...] professionell genug sein, damit umgehen zu können und eben das dann auch zu überwinden, auch wenn man sich mit dem Patienten [...] und mit seinen Lebenseinstellungen oder so nicht identifiziert, [und] trotzdem so professionell sein [...] seinen Job da durchziehen“ (M2, 1, 221).

Neben persönlicher Antipathie wurde auch die Sympathie für eine Patientin und deren Geschichte als Gefahr für die ärztliche Professionalität gesehen: „Als Patientin wünsche ich mir ja auch vom Arzt, dass er die Situation im Griff hat, auch wenn die schrecklich ist [...], das kann auch skurril sein, wenn man dann geneigt ist, den Arzt zu trösten“ (W5, 2, 96). Es sei „extrem schlecht für den Patienten, wenn der Arzt in dem Moment nicht die Contenance hält und [...]

rüberbringen kann, dass er in der Situation da war und das getan hat, was er hätte tun sollen“ (M2, 1, 48).⁵⁹

Neben der ärztlichen Handlungsfähigkeit wurde Professionalität auch unter Aspekten des Selbstschutzes diskutiert und konstatiert „dass man in solchen Situationen wirklich einfach versuchen muss, das überhaupt nicht an dich ranzulassen. Dass man vollkommen von außen auf die Situation drauf blickt und sagt, dann ist das jetzt halt so“ (W4, 1, 231). „Abstumpfen“ wurde als „ein Stück Selbstschutz“ beschrieben, „weil man [...] Professionalität ja erhalten muss“ (M6, 37, 280). Dabei könne auch aktive Zurückhaltung mir der eigenen Empathie gefordert sein, denn Empathie könne „sehr gefährlich“ sein. Es sei fraglich „ob man das aushalten kann auf Dauer, wenn ich das wirklich mich wirklich jedes Mal in den Patienten hineinversetze“ (M1, 1, 205).

Erlernete Techniken als Ausdruck ärztlicher Professionalität scheinen die Ärztin vor zu viel emotionaler Belastung zu schützen: „Also ich finde das schon gut, je mehr man lernt, aus solchen Situationen rauszugehen und das relativ neutral zu sehen. [...] ... ich finde gerade im Krankenhaus und auf Station kochen die Emotionen so oft über, ob jetzt zwischen dem Personal [...] oder eben auch zwischen Patienten oder zwischen Patient und Schwester und Patient und Arzt und das ist ja auch klar, für Leute ist das ja ne Stresssituation im Krankenhaus.“ (W4, 1, 279)

Professionalität wurde fast ausschließlich unter dem Aspekt der „Nicht-Emotionalität“ diskutiert. Dabei war der Aspekt der persönlichen Authentizität ein wichtiger und bewegender für die Studierenden. Es wurde um eine Position zwischen Empathie und gesundem Abstand gerungen und es stellte sich die Frage danach, wo man als Ärztin vor lauter Professionalität denn auch noch als Persönlichkeit wahrzunehmen sei. Im Ringen um die eigene Authentizität wurden zwei Fronten der Abgrenzung eröffnet – die der Abgrenzung gegenüber einem überhöhten Anspruch an Professionalität im Sinne von Nicht-Emotionalität und die der Abgrenzung gegenüber der

59 Vgl. W1, 1, 237: „Ich finde, man muss so ne gewisse Grundprofessionalität haben, dass man jetzt nicht völlig ausrastet, oder dass man da jetzt irgendwie vor den Patienten dann n hysterischen Anfall kriegt oder so. Man muss sich da schon unter Kontrolle haben.“

M1, 1, 97: „Es ist wichtig dass man auch die Souveränität behält in dem Moment, also dass man sich vielleicht auf gewisse Situationen gefasst macht.“

W5, 2, 90: „was ich eher problematisch fand war war so dieses zu sehr mitfühlen und die Stimmung wurde immer leiser und brach fast zusammen und der Patient saß eigentlich noch so ganz fit da und der der den Arzt gespielt hat war eigentlich schon so so ganz am Boden zerstört“

W8, 3, 116: „auf der Seite des Arztes diese Reaktion der Patientin zu haben und damit umgehen zu können ohne selbst in Tränen auszubrechen.“

Erwartung einer nicht zu leistenden emotionalen Beteiligung.

So war es für Studierende zum Beispiel denkbar, dass man Patientinnen im Zweifelsfalle besser an Kollegen verweist: *„Man kann auch sagen, wir zwei kommen hier an diesem Punkt nicht weiter, ich würd ihnen vorschlagen, dass sie sich mal mit nem Kollegen unterhalten, so dass kann man ja einfach machen, das ist keine Schwäche“* (W2, 1, 165). *„Das hat dann für mich auch nichts mit fehlender Professionalität zu tun, wenn man einen Kollegen bittet [...]. Das ist vielleicht sogar noch das Gegenteil von fehlender Professionalität“* (M1, 1, 227). Während hier als vermeintliche Abgrenzung zu Professionalität ein Recht auf die eigene Emotionalität gegenüber der Patientin eingefordert wurde, gab es auch das deutliche Bedürfnis, sich vor dem Anspruch zu schützen, eine immer mitfühlende und einen emotionalen Sprachstil pflegende Ärztin sein zu müssen: *„Wir lassen uns so diesen Stempel aufdrücken, [...] wir müssen Leistung bringen, wir müssen immer gut sein, immer freundlich sein, wir dürfen keine Fehler machen, das wird sowohl von der Gesellschaft, als auch von uns unter Kollegen immer voneinander erwartet, wir müssen immer perfekt sein und ich denke mal kein Patient nimmt es mir als Arzt übel, wenn ich ihn dann mal ein bisschen unsanft angefahren habe und sage, Mensch, es tut mir leid, eigentlich wollte ich das gar nicht, das hat jetzt nichts mit ihnen zu tun, ich habe heute einfach einen beschissenen Tag. Und selbst das kann Empathie erzeugen wenn man einfach mal ehrlich [ist]“* (W7, 3, 312).

Konsens schien zu sein, dass glaubhaftes empathisches Handeln der Authentizität der handelnden Ärztin bedarf. Es wurde als wichtig postuliert *„dass man authentisch rüberkommt, also das [...] man selber trotzdem ist, wer man ist und nicht sich [...] total reinfühlt und sich selbst völlig aufgibt und auch die Arztrolle aufgibt“* (W2, 1, 217) – unabhängig davon, welchen Anspruch die persönliche Idee von der Rolle der Ärztin beinhaltet. Konsekutiv ist empathisches Handeln und Kommunizieren nicht gleichbedeutend mit einer uniformen ärztlichen Rolle. Für einen empathischen Umgang mit Patientinnen sei es unerheblich *„ob ich das jetzt dominant mache oder emotional [...] als, ich sage mal der gute liebe Onkel als Kinderarzt oder halt eher der Typ, der sagt, so und das haben Sie jetzt und das müssen wir jetzt so und so und so machen“* (M6, 3, 280).⁶⁰ Empathisches Kommunizieren resultiert nach dieser Auffassung aus einer empathischen Emotion, ist aber nicht notwendigerweise emotional geprägt.

⁶⁰ Vgl. W7, 3, 242: *„Und man muss dann wirklich aufpassen, dass man da für sich vielleicht auch so eine Schranke zieht, also man soll einerseits total mitfühlend sein und den Patienten verstehen und Mitgefühl haben und so weiter und irgendwo soll man immer noch Mensch bleiben.“*

Das in den Interviews zum Ausdruck kommende Ringen um Empathie, Professionalität und Authentizität bleibt eine unauflösbare Spannungssituation im Sinne einer Suche nach dem „Mittelmaß zwischen Empathie und Mitzusammenbrechen oder stabil bleiben und nicht mitfühlen“ (W6, 2, 78). Es gibt also auch eine „angemessene“ Emotionalität, einen „angemessenen“ Ausdruck von Empathie, der nicht gleichbedeutend mit 'Nicht-Emotionalität' ist und dennoch – oder gerade deshalb – als professionell gewertet wird. Allgemeingültige Kriterien dafür zu entwickeln gelang den Studierenden nicht, blieb doch die Schwierigkeit der Individualität von Patientinnen und konkreten Gesprächssituationen, denn „wenn der [Arzt] dann eben die Tränen in den Augen stehen, also das kann genau richtig sein, aber das kann auch skurril sein“ (W5, 2, 96).

5.2.1.4 Zwischenfazit

Nach Auffassung der Befragten entzieht sich der Begriff der ärztlichen Empathie einer eindimensionalen Definition. Vielmehr handelt es sich um ein multidimensionales Konstrukt, bei dem verschiedene Studierende verschiedene Aspekte hervorhoben. Einerseits betonten die Studierenden als persönlichkeitsimmanent angenommene Aspekte. Mit der über der Diskussion liegenden Annahme, dass eine gute Ärztin stets eine empathische Ärztin sei, und es Medizinstudierenden und Ärztinnen je nach persönlicher Begabung, Erfahrung und durchlaufender Schulung unterschiedlich gut gelänge, diesem Ideal nahe zu kommen, wurde eine starke moralische Basis gelegt.

Grundsätzlich wurden zwei Ebenen von Empathie unterschieden: Die des empathischen Fühlens und damit „Seins“ und die des empathischen Handelns. Wo einstellungsbezogene Aspekte von Empathie („empathisch sein“) betont wurden wurde. Empathie als eine Grundeigenschaft betrachtet, die man „mitbekommen hat“ oder eben nicht. Meist bezogen sich Studierende dabei auf ihre persönliche Empirie, die Positivbeispiele von Kommilitoninnen und ÄrztInnen enthält, die ihnen Vorbild im Umgang mit Patientinnen sind.

Handlungsbezogenen Aspekte von Empathie ohne empathische Emotion wurden unter dem Aspekt des Selbstschutzes hervorgehoben, aber auch als Möglichkeit, eine empathische Ärztin zu bleiben, wenn unterschiedliche Umstände das tatsächliche Einfühlen verunmöglichen. Insgesamt wurde das empathische Handeln ohne entsprechende Emotion („Empathie vorspielen“) als „weniger“ gewertet: weniger überzeugend, als schlechter Ersatz, womöglich als moralisch weniger respektabel. Es handelt sich also gewissermaßen um eine Option, die man

sich jenseits einer empathischen Einstellung aneignen kann. Empathisches Handeln wurde jedoch auch als effektive Gesprächsmethode diskutiert, die besonders ergiebige Anamnesen ermöglicht oder eben jenseits der tatsächlichen Emotion zu einer Patientin eine adäquate kommunikative Reaktion ermöglicht.

Der hochgehaltene Anspruch der empathischen Emotion wurde auch stark unter dem Aspekt der Professionalität bzw. Verlust derselben und des Selbstschutzes diskutiert. Die Furcht vor Kontrollverlust und Verlust der „*Contenance*“ (M2, 1, 48) lies die Studierenden für eine starke Kontrolle nicht nur des emotionalen Ausdruckes, sondern auch der empathischen Emotion plädieren. Es zeigte sich ein Zwiespalt zwischen jener, vor emotionaler Mitbeteiligung schützender, eher für Abgrenzung plädierender Vorstellung von Professionalität und einem Anspruch an Authentizität, zu der gelegentliche auch „unprofessionelle“ Emotionen und Emotionsäußerungen gehören.

5.2.2 Kommunikations- und Empathiekompetenz – Lerngelegenheiten im Studium

Die Studedierenden benannten folgende Gelegenheiten zu Erwerb kommunikativer Kompetenzen im Umgang mit Patientinnen:

1. Unterricht am Krankenbett
2. Pflegepraktikum
3. Famulatur
4. Gesprächsführungskurse, Psychologiekurse der Vorklinik, Kurs Schmerz

Neben diesen im Curriculum festgelegten Lerngelegenheiten benannten sie spezifisch ausgerichtete Kurse, die sie neben dem verpflichtenden Curriculum besuchten:

1. Anamnesegruppen
2. Kurse zur Kommunikation im medizinischen Bereich

Über die institutionalisierten Lerngelegenheiten hinaus beschrieben die Studierenden Begegnungen und Erfahrungen, denen sie Einfluss auf ihre eigene Kommunikationsfähigkeit im Kontakt mit Patientinnen zuschrieben. Teilweise überschritten sich diese mit den oben genannten institutionalisierten Lerngelegenheiten oder waren Teil dieser:

1. Positive Beispiele – Vorbilder
2. Negative Beispiele
3. Feedback zur eigenen Bewältigung fachlicher kommunikativer Situation
4. Kommunikative Situationen außerhalb des medizinischen Kontextes

In den folgenden Ausführungen wird eine Ungenauigkeit in den Aussagen der Studierenden über den Erwerb kommunikativer Kompetenzen auffallen. Insbesondere die Ausbildung ärztlicher Empathie wird häufig nicht explizit genannt. Dies hat zwei Ursachen: Zum einen wurde in der Interviewsituation bewusst allgemein danach gefragt, welche Lerngelegenheiten bezüglich der Gesprächsführung mit Patientinnen erinnerlich sind und was genau dort gelernt wurde. Das Stichwort 'Empathie' wurde vermieden, um eine Einengung auf einen für die Befragten mutmaßlich sehr subjektiv gefüllten Begriff zu vermeiden. Eine gewisse Begriffsunschärfe wurde also zugunsten einer offeneren Diskussionsgrundlage akzeptiert. Zum anderen fiel eine tatsächliche Inkonsistenz der Begriffsverwendung auf. Insbesondere eine Abgrenzung von Inhalt („Anamnese“) und Gesprächsführungstechniken wurde nur teilweise vorgenommen. Wo dies geschehen ist, wird in den folgenden Ausführungen explizit hervorgehoben werden.

5.2.2.1 Unterricht am Krankenbett (UaK)

Unterricht am Krankenbett stellt im Curriculum des Regelstudienganges der Charité Universitätsmedizin Berlin neben den Vorlesungen die verbreitetste Form der Lehre im klinischen Studienabschnitt dar.⁶¹ Alle klinischen Fächer wurden zum Zeitpunkt der Datenerhebung mittels dieser Lehrform vermittelt. Laut Curriculum sollen maximal sechs Studierende von einer Ärztin auf Station und am Beispiel von Patientinnen unterrichtet werden.

Acht der vierzehn Interviewten nannten die UaKs explizit als Möglichkeit zur Schulung der eigenen kommunikativen Kompetenzen. Allerdings wurde wiederholt in Frage gestellt, ob diese Organisationsform tatsächlich den Raum dafür bietet: *„In den UaKs dann im Krankenhaus hab ich auch nicht das Gefühl gehabt, dass ich da jetzt so viel gelernt hab“* (W2, 1, 61). Ein Hauptkritikpunkt war der Mangel an Zeit für ein zufriedenstellendes Gespräch mit den Patientinnen, W3 stellte dies in direkten Vergleich mit der weiteren Lerngelegenheit, der Famulatur: *„Wenn ich was gelernt habe, dann hab ich das in Famulaturen gelernt, im UaK eigentlich weniger weil das ging immer so ratz-fatz“* (W3, 1, 45). Als weiteren deutlichen

⁶¹ Im Curriculum des aktuell implementierten Modellstudienganges kommt kein Lehrformat mit diesem Namen mehr vor. Es gibt jedoch weiterhin Lehrformate in der Klinik, die auf den Kontakt mit Patientinnen abheben.

Negativpunkt führten die Studierenden einen Mangel an ärztlicher Anleitung, Korrektur und Feedback an. M6 äußerte sich ernüchert, dass die bloße Masse an Kontakten mit Patientinnen ohne Supervision noch lange nicht die eigenen Kompetenzen erweitere: *„...während der Semester fand ich, hat man eigentlich nicht so viel gelernt. Also man ist zwar bei allen möglichen UaKs im Patientenzimmer gerannt und hat Anamnesen erhoben, aber ich fand die waren irgendwie nie so toll, weil man halt meistens irgendwie alleine ohne Arzt reingerannt ist und [...] immer erst gehört hat, was man doch noch Tolles Wichtiges alles hätte fragen können sollen müssen“* (M6, 3, 16). M6 beschrieb den zeitlichen Rahmen vieler Gespräche: *„, mal kurz ins Patientenzimmer rein und kommt doch mal in zehn Minuten wieder“* (M1, 3, 16). W1 brachte ihre Hauptkritik auf den Punkt: *„...man hatte in den UaKs zum Beispiel extrem wenig Feedback“* (W1, 1, 71). Wurden andere Erfahrungen gemacht, so wurde dies von den Studierenden positiv hervorgehoben: *„...in den UaKs waren selten mal so gute Lichtblitze, wo man sagen kann, ja, da hat man echt halbwegs vernünftig Anamnese gelernt, weil dann die der Arzt oder die Ärztin halt mit reingekommen ist und hinterher gesagt hat ja so, aber da hätte man noch und hier hätte man noch [nachfragen müssen]“* (W8, 3, 24).

Studierende unterschieden darüber hinaus zwischen einem Wissenszuwachs und Übung im Bereich der Anamneseerhebung und einer Kompetenzerweiterung hinsichtlich guter Kommunikation zwischen Ärztin und Patientin: *„...die UaKs, die fand ich wiederum eigentlich auch für Anamneseerhebung ganz gut“* (M1, 1, 52). Explizite Einschätzungen zur Vermittlung von Gesprächsführungskompetenzen oder – noch expliziter – Fokussierung auf empathische Gesprächsführung finden sich im Zusammenhang mit dem Lehrformat „Unterricht am Krankenbett“ keine.

5.2.2.2 Pflegepraktikum und Famulatur

Famulaturen beschrieben Studierende als gute Lerngelegenheiten, besonders wenn zwei Kriterien erfüllt sind, die u.a bei den UaKs kritisch gesehen wurden: Ausreichend Zeit sowie Raum für Feedback.

M6 beschrieb den aus seiner Sicht entscheidenden Vorteil von Famulaturen: *„, [I]ch [denke man] hat [...]eine ganze Menge noch während der Famulaturen gelernt, weil man da mehr Zeit hatte“* (M6, 3, 16). Wie groß der Gewinn war, den Studierende aus den absolvierten Famulaturen ziehen konnten, hing offenbar entscheidend von den zeitlichen Ressourcen, Motivation und Persönlichkeit der supervidierenden Ärztinnen ab: *„,[D]ie Famulaturen haben mir persönlich da*

echt am meisten gebracht, wenn sich auch echt wirklich die Leute die Zeit genommen haben und sich auch mit hingesezt haben und am Ende gesagt haben, so, das und das fehlt noch“ (W8, 3, 24).⁶²

Wichtig fanden die Studierenden einerseits, zu beobachten und „abzuschauen“ (*„...ich finde eigentlich am meisten lernt man immer, [...] wenn man Ärzte beobachtet, wie sie mit Patienten reden, auch jetzt in der Famulatur oder im UaK“ (W4, 1, 36)⁶³*). Besonderes beeindruckte aber die eigene Konfrontation mit Patientinnen und Patienten und der Zwang zum Agieren: *„Gelernt hab ich, glaub ich, mehr bei Famulaturen, aber eher nicht so beim Zugucken hatte ich das Gefühl, sondern eher beim ins kalte Wasser geworfen werden und es selbst machen und beim ersten Mal noch so'n bisschen da sitzen und nicht wissen, wie ich das jetzt am besten abfrage, dass es nicht so nach Fragebogen klingt und dann kommt man auch da so rein“ (M1, 1, 52).⁶⁴*

Während alle anderen Interviewten inhaltlich ungenau bezüglich der in den Famulaturen erworbenen Kompetenzen blieben, formulierte W1 eine klare Analyse der inhaltlichen Beschränkung ihrer eigenen Famulaturerfahrungen: *„Ich fand halt in den Famulaturen, [...] hauptsächlich war's immer anamnesebezogen, was man gelernt hat. Und gerade so bei den schwierigeren Gesprächen oder Sachen, wo man wirklich sich unsicher fühlt, da war man eigentlich nie dabei, also was ja wahrscheinlich auch schwierig ist zu realisieren, aber da hat man [...] nie wirklich irgendwie mal so viel mit Umgang von Patienten mit Patienten mitgekriegt“ (W1, 1, 71)⁶⁵*. Sowohl inhaltliche Kritik supervidierender Ärztinnen als auch der eigene Anspruch der Studierenden hinsichtlich ihrer kommunikative Fähigkeiten schien sich im Wesentlichen zunächst auf die Anamneseerhebung im Sinne von Vollständigkeit und „Herausfinden, was die Patientin hat“ zu beschränken. Bei der Mehrzahl der Studierenden fokussierte der eigene Blick auf die Lernbarkeit kommunikativer Kompetenzen streng auf Gesprächsinhalte im Sinne von unmittelbarem Informationsgewinn. Der Verweis darauf (und

62 Vgl.: *„Also ich habe das eigentlich gelernt auch in der Famulatur und da habe ich einen ziemlich guten Oberarzt gehabt, der irgendwie so ein Interesse daran hatte, dass Studenten da [...]was lernen.“ (M4, 3, 61)*

63 Vgl.: *„ich glaube aber am meisten habe ich da drüber gelernt (.) bei Famulaturen oder bei Krankenpflegepraktika [...], wenn man so den Ärzten auch mal über die Schulter schauen konnte“ (M3, 2, 36)*

64 Vgl.: *„Man macht dann am Anfang eins, zwei Fehler, die stellt man ab, wenn man Fehler macht versucht man sie abzustellen und dann bin ich der Meinung klappt das eigentlich ganz gut.“ (M2, 1, 49)*

65 W8 machte hier eine andere Erfahrung: *„ich habe die Situation mit der Überbringung von MS halt mal live miterlebt, wo [ich][...] mitgehört habe, ohne dass der Patient mich sehen konnte, wie die Oberärztin dem Patienten sagt, dass es halt höchstwahrscheinlich MS ist. [...]Und da fand ich, hat die Oberärztin absolut richtig gemacht, die hat nämlich gesagt, [...] es wird mit Ihnen noch in Ruhe alles nochmal besprochen. Wobei ihm [...] noch erstmal halt eine Stunde [...] im Krankenhaus [...] Zeit gelassen worden ist [...] er wurde NICHT allein gelassen. Und das fand ich ganz toll.“ (W8, 3, 196)*

eine gewisse Unzufriedenheit mit der Tatsache), mit vorwiegend vermeintlich „einfachen“, also alltäglichen Gesprächssituationen konfrontiert gewesen zu sein, deutete jedoch darauf hin, dass Studierende eine deutliche Wahrnehmung für Aspekte der Kommunikation zwischen Ärztin und Patientin hatten, die jenseits der streng informativen und anamnestischen Ebene liegen. Es ist anzunehmen, dass gerade der Bezug auf Ärztinnen, die als positive Beispiele und Vorbilder fungierten, weniger auf den Aspekt des Informationsgewinnes als auf einen ganzheitlicheren Eindruck von Ärztinnen-Patientinnen-Kommunikation abhebt.

5.2.2.3 Gesprächsführungskurse, Psychologiekurse, Kurs „Schmerz“

Explizit der ärztlichen Gesprächsführung widmeten sich in den Studienbiographien der Interviewten zwei Kurse im klinischen Studienabschnitt: Im Kurs ÄGF 1 werden normale kommunikative Situationen zwischen Ärztinnen und Patientinnen behandelt und geübt. Methodisch begegnen die Studierenden in der Rolle der Ärztin Schauspielpatientinnen, die verschiedene kommunikative Anforderungen an sie stellen. Im Kurs ÄGF 2 geht es im Speziellen um das Überbringen schlechter Nachrichten. Methodisch erleben die Studierenden hier in Form von Rollenspielen einmal die Rolle der Ärztin, aber auch die Rolle der betroffenen Patientin bzw. Angehörigen als Adressatin der schwierigen Nachricht.

M6 brachte zum Ausdruck, dass die einzigen Möglichkeiten, sich strukturiert mit Gesprächsführung zu befassen, die beiden erläuterten Kurse zur Ärztlichen Gesprächsführung gewesen seien, im Gegensatz zu zahlreichen Situationen im Studium, wo man aber dennoch kommunikative Situationen bewältigen musste; *„so richtig gelernt [...] hat man [die Gespräche] ja eigentlich nur in diesen Kursen, die sich auch Ärztliche Gesprächsführung genannt haben, dass mal wirklich [...] den theoretischen Aufbau von so einem Gespräch gemacht hat“* (M6, 3, 16). Einzelne Studierende bezogen sich darüber hinaus auf Lernerfahrungen in den Psychologiekursen der Vorklinik⁶⁶ bzw. im Kurs „Schmerz“, in denen offensichtlich einzelne Lehrende auch die kommunikativen Fähigkeiten im Blick hatten.

Bezüglich des Kurses ÄGF 1 äußerten mehrere Studierende, dass er ein guter Einstieg in die ärztliche Gesprächsführung gewesen sei: *„Ich fand eigentlich, dass [...] was so Gesprächsführung angeht und wie man sich mit Patienten unterhält und was so Körpersprache*

⁶⁶ *„in der Vorklinik hatten wir einen Psychologiekurs, da sollten wir eine Anamnese machen [...] Als nächsten hatten wir den Kurs Schmerz irgendwie, weiß ich nicht mehr; im letzten Semester glaube ich [...], dass man halt speziell die Schmerzanamnese führen kann, den fand ich auch ziemlich gut [...] (Da) habe ich auch sehr gut gelernt, finde ich, wie man eine Schmerzanamnese führt, also ich fand das gut.“* (M5, 3, 57)

und so was ausdrücken kann und wie man [...] auf den Patienten eingeht und zuhören und ausreden lassen und so, dass man so die wesentlichen Sachen auch in diesem [...] Gesprächsführungskurs eins gelernt hat“ (W2, 1, 52). Gehäuft wird hier aber Kritik an der Methode des Einsatzes von Simulationspatientinnen und speziellen Regeln des Selbst-Feedback laut, was offensichtlich für mehrere Studierende ein Lernhindernis darstellte.⁶⁷

Der Kurs ÄGF2 wurde von allen teilnehmenden Studierenden als Bereicherung ihrer Ausbildung wahrgenommen.⁶⁸ W2 beschrieb, dass sie sich durch den Kurs zum ersten Mal einer Situation ausgesetzt sah, vor der sie sich vorher fürchtete. Obwohl diese Konfrontation eine durchaus schwierige Erfahrung war, beschrieb sie diese dennoch als hilfreich: *„Dieser Kurs zwei, den fand ich schon gut und das hat mir auch was gebracht und irgendwie man blendet man das ja immer so bisschen aus, das Überbringen schlechter Nachrichten und so, und sich so das erste Mal da rein zu fühlen wie es wirklich ist wenn man's machen muss, das fand ich schon ziemlich sinnvoll und auch erschreckend. Also wie schwer einem dann irgendwie doch fällt, irgendwas zu sagen, auch wenn dir ein Kommilitone gegenüber sitzt, den du eigentlich kennst, und wenn man sich dann vorstellt das ist wirklich jetzt passiert so, das ist schon – also ich fand so um wenigstens auch nur im Ansatz nur ein Gespür dafür zu kriegen, wie schwer und wie furchtbar das wird, fand ich's auf jeden Fall gut.“ (W2, 1, 61). Auch M5 erlebte die Konfrontation mit dem Überbringen schlechter Nachrichten als sehr fordernd, aber als sinnvolle Vorbereitung für spätere reale Situationen: *„Als ich in der Situation war, fand ich es ziemlich schwierig. Auch wenn da gar keiner in Wirklichkeit gestorben ist oder so, musste man das halt trotzdem irgendwie so erzählen, ich hab da schon ganz schön geschwitzt auch und das ist eine Sache, die kann man jetzt vielleicht nicht so lernen, aber man wird darauf vorbereitet, irgendwie so. Das es eben nicht**

67 Die Methode des Selbstfeedback wurde im Kurs ÄGF 1 eingeführt. Nachdem die Studierende im Rollenspiel die Rolle der Ärztin eingenommen hat, versetzt sie sich dabei in die Position der ihr gegenüberstehenden Patientin und in die einer aussenstehenden Beobachterposition und beurteilt aus dieser Perspektive ihre vorangegangene Leistung. Um den Perspektivwechsel zu erleichtern nimmt die auch physisch deren Position also konkret den Sitzplatz der Patientin – ein. Dies wurde teilweise als problematisch empfunden, z.B.: *„In der Umsetzung war das leider bisschen schwierig gewesen, weil, das Gespräch an sich war völlig okay, das mit den Schauspielpatienten war super, aber dann gings in die Auswertung. Das Ganze hat sich immer sehr schwierig und langwierig gestaltet. Dann durfte man sich einmal aus seiner Sicht das Gespräch beschreiben, dann aus der Sicht des Patienten, dann aus der dritten Person, dann nochmal aus der, aus, keine Ahnung aus wie viel Perspektiven.“ (M2, 1, 47)*

68 Hier kann die Auswahl befragter Studierender sicher nicht als repräsentativ für das betrachtete Semester angenommen werden; ist doch durch die freiwillige Teilnahme an den Fokusgruppen eine Privilegierung der interessierten und positiv eingenommenen Studierenden anzunehmen und außerdem im Rahmen der Rekrutierung ein ausdrücklicher Bezug zu Lehrveranstaltung deutlich geworden. Dennoch sei an dieser Stelle auch auf die Ergebnisse der schriftlichen Kursevaluation verwiesen, in der erstaunliche 89,3% der Studierenden auf die Aussage „Ich schätze die Lehrveranstaltung ÄGF2 als wichtig für die medizinische Ausbildung ein“ mit „Stimme voll zu“ oder „Stimme zu“ antworteten.

so einfach ist, wie man sich das vorstellt. Ich fand das im Endeffekt immer ziemlich gut.“ Er fügte an, dass diese Konfrontation aber allenfalls der Anfang eines längeren Erfahrungsprozesses sein könne: *„Das man jetzt aus dem Kurs rausgeht und sagt, ich kann's jetzt, juhuu, das glaube ich nicht, ja. Aber man wird darauf vorbereitet und so weiter und der Rest kommt dann irgendwann mit der Arbeit.“* (M5, 3, 51).

W1 hob hervor, dass ihr Lernerfolg im ÄGF 2 maßgeblich von der Qualität des Feedbacks abhing: *„... diese beiden Gesprächsführungskurse, die fand ich eigentlich beide gut, besonders natürlich den zweiten, weil man da wirklich ausführliches Feedback gekriegt hat“* (W1, 1, 71). Die Wichtigkeit des Feedbacks wurde von mehreren Studierenden als Punkt hervorgehoben, von dem die Qualität der Schulung in ärztlicher Gesprächsführung jenseits der gewählten Methode grundlegend abhängt. Es wird daher in einem eigenen Abschnitt behandelt.

Der Kurs ÄGF2 wurde auch deshalb als hilfreich eingeschätzt, weil die Inhalte als integrierbar in bereits im Studienverlauf gemachte eigene Erfahrungen erlebt wurden: *„... der war halt zu nem späteren Zeitpunkt und besser integrierbar so, man hat schon Erfahrungen gemacht und man kann das jetzt besser einordnen“* (M1, 1, 52).

Kritisch äußerte sich W2 bezüglich des Zeitrahmens der Lehrveranstaltung: *„... ich fand's so als Einstieg gut und ich hätte gern mehr davon gehabt, also, nicht nur zwei Termine...“* (W2, 1, 63). Wirklich erlebbare Verbesserungen der eigenen kommunikativen Fähigkeiten seien so für die Studierenden nicht möglich. *„...ich find Verlaufsbeurteilungen schwer, [...] jeder ist nur einmal irgendwie in der Rolle, und deshalb wär's halt ebend sinnvoller [...] dass jeder irgendwie in diesem gesamten halben Jahr mindestens zweimal irgendwie so n Gespräch gemacht hat, und da hat man [...] an sich selbst sehen können, so hat man jetzt was gelernt so, kann ich das jetzt besser“* (W2, 1, 91).

5.2.2.4 Anamnesegruppen

Zwei Studierende hatten über die im Curriculum vorgesehenen Lehrveranstaltungen hinaus Erfahrungen mit freiwilligen Anamnesegruppen. Als Vorteil wurde erlebt, dass die Studierenden auf reale Patientinnen als Gegenüber trafen und dass die Auswertung der Gespräche mit besonders detailliertem Blick auf inhaltliche und formale Kriterien erfolgte: *„...die anderen gucken auf Gestik, Mimik, von beiden, auf das Gesagte und was fehlt und so weiter, das war wirklich sehr sehr tiefgehend“* (W6, 2, 52). Auch hier war offenbar das detaillierte Feedback von entscheidender Bedeutung.

5.2.2.5 Kommunikationskurse im medizinischen Bereich

Eine einzelne Studentin gab an, über die im Curriculum verankerten und sonstigen universitär institutionalisierten Lerngelegenheiten hinaus ein Kommunikationstraining für im medizinischen Bereich Tätige zu absolvieren, welches sie als sehr effektiv erlebte: *„Es geht tatsächlich. Man kann bestimmte Sachen sich anlernen. Man kann bestimmte Gesprächsmuster sich anlernen und man kann vor allem lernen, auf Leute zu achten“* (W4, 1, 325).

5.2.2.6 Positive Beispiele – Vorbilder – negative Beispiele

„Ich hab das eigentlich immer so gemacht, wenn ich das gut fand, wie [...] er oder sie mit Patienten geredet hat, dann hab ich mir versucht einfach zu merken wie er das gemacht hat und wenn er's nicht so gut gemacht hat, versucht das eben anders zu machen. Also einfach so bissel lernen am Vorbild...“ (W4, 1, 38). Damit fasste W4 zusammen, was eigentlich für alle Studierenden galt: Das Erlernen kommunikativer Kompetenzen wurde als entscheidend abhängig von den im Laufe des Studiums erlebten Ärztinnenpersönlichkeiten wahrgenommen. Mehrere Studierende konnten konkrete Personen benennen, deren Auftreten gegenüber Patientinnen ihnen noch immer präsent war und sich vorbildhaft in ihrer Erinnerung verankert hat.⁶⁹

Neben den Vorbildern erlebten die Studierenden auch Ärztinnen, deren Umgang mit Patientinnen auf sie so unmittelbar defizitär wirkte, dass es als abschreckendes Beispiel nachwirkt. Auch W3 erlebte *„einige Beispiele in der Famulatur, da steht man halt daneben und denkt, der macht das gut, oder oh Gott, da würd ich davonlaufen“* (W3, 1, 45).

5.2.2.7 Feedback

Ein Feedback zur eigenen kommunikativen Leistung war für die Studierenden deutlich wichtiger, als die Form der Lerngelegenheit an sich.

UaKs z.B. wurden von den Studierenden maßgeblich deshalb als unbrauchbar für die Schulung der eigenen kommunikativen Kompetenzen eingestuft, weil die Gespräche ohne Begleitung und Rückmeldung durch die den Kurs leitende Ärztin stattfanden.⁷⁰ M6 formulierte klar, was seiner Meinung nach den eigenen Lernerfolg hätte verbessern können: *„da wäre es besser gewesen, wenn [...] Ärzte dabei gewesen wären, die auch dann direkt vor Ort mal gesagt hätten, ja wenn sie hier jetzt weiterbohren oder irgendwie da noch fragen, wäre es vielleicht besser gewesen“*

69 Z.B.: M4, 3, 61: *„... einen ziemlich guten Oberarzt gehabt [...] er sich beim nächsten mal dann dazu gestellt und hat geguckt, wie ich es gemacht habe und hat mir dann im Prinzip auch ein Feedback dazu gegeben“*

70 Vgl. Kapitel 5.2.2.1, S. 80.

(M6, 3, 16).⁷¹

Der Kurs ÄGF 2 wurde von den befragten Studierenden u.a. deshalb als gewinnbringend für die eigenen kommunikativen Kompetenzen erlebt, weil ausreichend Raum für Feedback vorhanden war. Ohne Feedback sei auch das wiederholte Erleben von Kommunikationssituationen nicht lehrreich. M1 plädierte für mehr Gesprächsführungskurse *„begleitend mit dem mit dem Feedback, [...] was halt total wichtig ist. Sonst, sonst kann man nicht lernen. Weil, entweder man kann's oder man kann's nicht und ohne Feedback, wenn man es nicht kann, ändert man nichts dran, weil man denkt, das ist okay“* (M1, 1, 363). Die Rückmeldung der Dozentinnen erlebten die Studierenden als entscheidend: *„dann haben hinterher beide immer so ein Feedback gegeben, wobei das echt auch hilfreich war, und tja wenn ich mir das sozusagen nochmal ins Gedächtnis rufe, was ich da gelernt habe“* (M4, 3, 86).⁷²

Auch die im voranstehenden Kapitel besprochenen Vorbilder wurden für die Studierenden zu eben solchen, weil sie sich Zeit für Kritik und Anregung nahmen. So berichtet W8: *„Ich hatte das Glück, dass sich die Leute mit mir halt hingesetzt haben und sich das angeguckt haben oder eben auch mit dabei gewesen sind, wenn ich die Anamnese gemacht habe und wenn was gefehlt hat, haben sie reingefragt, dazwischen noch, aber am Ende gesagt, okay so, beim nächsten Mal fragst du selbst. Und, also ich habe da auch das entsprechende Feedback gekriegt“* (W8, 3, 24).

5.2.2.8 Zwischenfazit

Die Studierende sahen zahlreiche Gelegenheiten, ihre Kompetenzen hinsichtlich der ärztlichen Kommunikation zu schulen, sowohl innerhalb der im Curriculum vorgesehenen Lehrveranstaltungen und Praktika als auch in freiwilliger Weiterbildung.

Lehrformate, die kommunikative Kompetenzen quasi nebenbei vermitteln sollen, wurden häufig als unbrauchbar für einen Kompetenzgewinn wahrgenommen. Besonders explizit traf diese Kritik den 'Unterricht am Krankenbett' (UaK). Hier empfanden Studierende dieses Defizit besonders frappierend, da sie sich quasi ständig in kommunikativen Situationen mit Patientinnen befanden, die zeitlichen Ressourcen aber kaum ein zufriedenstellendes Gespräch zuließen, und eine ärztliche Anleitung oder sachdienliches Feedback als Ausnahmen wahrgenommen wurden. Sie erlebten einen hohen Druck zum Informationsgewinn in kürzester Zeit und zum Teil

71 Vgl. auch W8, 3, 24: *„da hat man echt halbwegs vernünftig Anamnese gelernt, weil dann [...] die Ärztin halt mit reingekommen ist und hinterher gesagt hat ja so, aber da hätte man noch und hier hätte man noch“*

72 Vgl. W6, 2, 78: *„da [im ÄGF II, A.d.Autorin] einfach Zeit zu haben, Feedback zu bekommen, find ich gut.“*. Das Feedback konkret im Kurs ÄGF 2 wird im Kapitel 5.2.3, S. 89 ausführlicher behandelt.

deutliche Frustration darüber, „nicht genügend rauszukriegen“.⁷³ Im Hinblick auf den UaK berichteten die Studierenden kaum über Lernerfolge oder kritische Anleitung in Hinblick auf ärztliche Empathie oder Gesprächsführungsaspekte allgemein. Dies war kongruent mit der Erfahrung, krankheitsbezogene Inhalte möglichst komplett erfragen zu sollen – eine Schulung hinsichtlich ärztlicher Gesprächsführung schien hier weder implizit noch explizit zu erfolgen.

Gesprächsführungskurse wurden als Gelegenheiten zum Erwerb kommunikativer Kompetenzen wahrgenommen. Ein mehrstufiges Selbstfeedback, wie es die Studierenden im Kurs ÄGF1 erlebten, wurde zumeist als methodisch überladen und anstrengend empfunden. Ein ausführliches inhaltliches und formales Feedback zu ihrem Agieren in der Rolle der Ärztin dagegen werteten sie als hilfreich und weiterbildend. Häufig erlebten die Studierenden in dieser Rolle zum ersten Mal die Situation, eine schwierige Diagnose besprechen oder schlechte Nachricht überbringen zu müssen. Keine der Befragten empfand sich selbst als annähernd routiniert. Obwohl diese Situation als angstbesetzt erlebt wurde, empfanden es die Studierenden als Entlastung, dies zunächst in einem sicheren Kontext – ohne die Gefahr, ihre eigene Unerfahrenheit könnte Patientinnen belasten – üben zu können. Auf einzelne Aspekte, besonders die Lernerfahrungen in der Patientinnenrolle, wird in den entsprechenden Kapiteln genauer eingegangen.⁷⁴

Als besonders prägend beschrieben die Studierenden ihre Erfahrungen, die sie in kommunikativen Situationen im Rahmen der absolvierten Famulaturen gemacht haben. Hier sei der Raum gegeben gewesen, um Ärztinnen „über die Schulter zu schauen“ und sich selbst in der Konfrontation mit Patientinnen und deren Leiden zu erleben. Auch habe man hier die Gelegenheit gehabt, den eigenen Mangel an Routine auszugleichen und durch mehr Zeit auch mehrmals den Kontakt zu einzelnen Patientinnen zu suchen.

Zumindest eine Studentin explizierte in diesem Zusammenhang, dass sie auch in Famulaturen einen starken Fokus auf der Anamneerhebung erlebt habe, bei der es weniger um Gesprächskompetenzen als solche, sondern vielmehr um möglichst vollständigen Informationsgewinn ging.

Die Schulung von Empathie als Teil der eigenen Gesprächsführungskompetenzen wurde von den

73 Eine inhaltliche Kritik der einzelnen unterrichteten Fachbereiche wurde nicht abgefragt und soll hier auch nicht unterstellt werden. Die Kritik der Studierenden bezog sich ausdrücklich auf die Schulung ihrer kommunikativen Kompetenzen.

74 Vgl. Kapitel 5.2.3.1, S. 90.

Studierenden kaum explizit herausgestellt. Deutlich gemacht wurde dagegen die starke Vorbildfunktion von Ärztinnen, deren Umgang mit Patientinnen als positiv wahrgenommen wurde. Hier trafen die Studierenden zwar keine differenzierten Aussagen zu verschiedenen Aspekten der ärztlichen Kommunikation (auch in Unkenntnis eben dieser verschiedenen Aspekte und Ebenen), bezogen sich aber zweifelsohne auf ein komplexes Konstrukt wahrgenommenen Umgangs und Kommunikation mit Patientinnen. Viele Studierende erinnerten sich an eine bestimmte Ärztin, die ihnen vorbildhaft im Gedächtnis geblieben ist. Ebenso grenzten sie sich von als negativ erlebten Beispielen ab.

Zumindest für Lerngelegenheiten, die nicht als an sich förderlich für die eigenen kommunikativen Kompetenzen erlebt wurden (UaK), aber auch für solche, die in hohem Maße auf das Lernen von erfahrenen Ärztinnen abheben (z.B. Famulaturen) wurde die Kompetenzbildung der Studierenden im Hinblick auf kommunikative Kompetenzen als in hohem Maße zufällig beschrieben.

Als Kernpunkt für die Schulung kommunikativer Kompetenzen stellte sich die Qualität des gegebenen Feedbacks auf präsentierte kommunikative Leistungen heraus. Häufig vermissten Studierende eine Anleitung und eine konstruktive Kritik gänzlich, da sie erleben, ohne Supervision in Patientenzimmern „abgestellt“ zu werden. Das Gefühl, ohne Schulung über Gesprächsführungskompetenzen verfügen zu müssen wurde als überfordernd und ärgerlich wahrgenommen. Erlebten sie das in einzelnen Situationen anders, so führte das unmittelbar zu einer positiveren Bewertung des eigenen Lernerfolges und zu höherer Zufriedenheit mit der Lerngelegenheit.

5.2.3 Aspekte der Kompetenzbildung im Kurs ÄGF 2

Alle befragten Studierenden bezogen sich in ihren Ausführungen zur Kompetenzbildung von ärztlicher Empathie auf die Eindrücke aus dem Kurs ÄGF 2 – sicher nicht zuletzt deswegen, weil die Rekrutierung für die Interviews im Rahmen dieses Kurses stattfand. Angemerkt sei auch, dass spontan häufig nicht die Gesprächsführungskurse, sondern Famulaturen als Ort der beeindruckendsten persönlichen – sowohl positiven als auch negativen – Erfahrung mit den Herausforderungen ärztlicher Kommunikation beschrieben wurden.⁷⁵

75 Vgl. Kapitel 5.2.2, S. 79.

Das folgende Kapitel widmet sich deshalb der Analyse studentische Einschätzungen zu kompetenzbildenden Aspekten des Kurses ÄGF 2. Die Struktur des Kurses legt zwei grob unterscheidbare Erfahrungsmomente und damit auch potentielle Momente der Kompetenzbildung nahe: Das Einnehmen der Rolle der Ärztin sowie die Rolle der Betroffenen (je nach dargestellter Szene handelt es sich dabei um Patientinnen oder Angehörige), die eine schlechte Nachricht überbracht bekommen.

Die folgende Analyse betrachtet dieser Logik folgend zunächst den Faktor der Exposition der Studierenden in einer konkreten kommunikativen Rolle: Zunächst werden Aspekte der Ärztinnenrolle ausgeführt. Im Hinblick auf die Patientinnenrolle werden zwei Aspekte unterschieden: Zunächst wird betrachtet, wie das Verhalten der gegenüberstehenden Ärztin bewertet wird, die Patientinnenrolle wird hier als eine Art „Betroffenenfeedback“ angesehen. Des weiteren wird der Einfluss der eigenen Emotionalität der Patientinnenperspektive untersucht.

Neben den Aspekten, die sich aus dem Einnehmen der einzelnen Rollen für die Kompetenzbildung ergeben, werden in zwei weiteren Unterkapiteln Facetten der Lern- und Lehrumgebung sowie der theoretischen Grundlagen des Gesprächsführungskurses und der Kursdynamik untersucht.

5.2.3.1 Exposition

Die Rolle der Ärztin – Überbringerin schlechter Nachrichten

Obwohl den Studierenden das Einnehmen der Rolle der Ärztin als die „natürlichere“ anmutete – zumindest bezog sich Studierende bei der Beschreibung von Lernerfolgen spontan auffällig häufiger auf ihre Erfahrungen in der Rolle der Ärztin – äußerten sich die Studierenden in expliziten Aussagen eher ernüchert über ihre Erfahrungen, in der Rolle der Ärztin eine schwierige Nachricht überbringen zu müssen. So nahe das Verkörpern der Ärztin dem eigenen Selbstbild auch kam, so deutlich wurde hier die Diskrepanz zwischen Anspruch und eigenem Vermögen.

In der Rolle der Ärztin erlebten Studierende ihre eigene Überforderung mit dieser Konfrontation und *„das es tatsächlich also schwer fällt, [...] anzusprechen, was offensichtlich ist. [...] Man versucht [...] in der Arztrolle [...] klar zu machen, es ist wirklich tragisch und so, aber es wirklich irgendwann dann auszusprechen, das ist mir irgendwie total schwer gefallen“* (W2, 1, 91). Neben dieser Überforderung an sich erlebten die Studierenden auch nicht zielführende

Kompensationsmechanismen: Man „...soll dann demjenigen sagen, dass die Prognose wirklich schlecht ist, das ist mir total schwer gefallen, das irgendwie so deutlich auszusprechen. Man versucht es irgendwie zu beschönigen, wo's nichts zu beschönigen gibt“ (W2, 1, 91).

Ebenso gab es die Erfahrung, dass Gesprächselemente, die einem aus der Patientinnenrolle als hilfreich in Erinnerung sind, als Ärztin schwierig zur Anwendung zu bringen sind, z.B. „...diese Gesprächspausen, die ICH als Patient eigentlich immer gebraucht habe, um so nachzudenken. [...]als Arzt hatte aber irgendwie so dieses Problem so die Stillpausen [...] durchgehen zu lassen. Eigentlich wollte ich das immer so füllen, um dem Patienten das Gefühl zu geben, ich bin da, wir kümmern uns jetzt drum [...]. Also für mich ist das eine tierische Diskrepanz“ (W7, 3, 206). Die Studentin beschrieb anschaulich den Spagat zwischen „gut gemeint und schlecht gemacht“, der ihr wohl nur durch das Erlebnis beider Gesprächsperspektiven aufgefallen ist.

Als Ärztin im Rollenspiel erlebten die Studierenden also eine Schwere, die nur aus dem Nachempfinden der Situation des Gegenübers resultieren kann – bis hin zu dem Impuls die Situation „leichter zu machen“, wenn auch durch teils nicht zielführende Strategien. Die Studierenden beschrieben innerhalb der Ärztinnenrolle ein Hineinversetzen in die Situation der Gesprächspartnerin und ein Nachempfinden derer mutmaßlicher Gedanken und Emotionalität ebenso wie die Rezeption dieses Nachempfindens im eigenen Handeln. Die Rolle der Ärztin führte also zweifelsohne zu einer empathischen Auseinandersetzung mit dem Gegenüber.

Einige Studierende erlebten ihre Performance in der Rolle der Ärztin jedoch als aktiv entmutigend: „Umso erschreckender fand ich halt die Arztrolle. Also ich hätte mir schon gedacht, dass es schwer ist [...] Aber so schwer wie's am Ende war, hätte ich's mir nicht vorgestellt“. Diese Erfahrung war so einprägend, dass „das [...] eigentlich auch der größte Eindruck [war] den ich mitgenommen habe aus dem Kurs“ (M1, 1, 104). Es handelt sich um einen negativen Lernerfolg, denn „es hat sich eher noch mehr aufgebaut, wie groß ich Angst davor habe, [...]wie schwierig das ist“ (W3, 1, 105). Begründet lag dies nach Ansicht der Studierenden darin, dass zwar notwendige Grundlagen vermittelt wurden, aber letztlich die Zeit zum Anwenden und Üben fehlte: „Jetzt hat man zwar so'n Leitfaden, [...] aber [...] mit dem einmal Lernen hat man das ja nicht umgesetzt. [...] Wenn das ne Ebene tiefer gesackt wäre, [...] so wie man zum Beispiel Notfallmaßnahmen einfach ständig üben muss, damit man gar nicht mehr so viel nachdenken muss, damit die einfach von alleine gehen [...]. [...] Der Kurs, also der der müsste einfach wiederholt werden, damit, dass man das richtig so trainiert. [...] jetzt ist das

wie so ein großes Wust [...] damit bleibt man irgendwie so stehen, damit wird man jetzt weggeschubst, so ins PJ“ (ebenda).

Neben dem Problem der mangelnden Wiederholungen zum Verinnerlichen machten die Studierenden auch die Erfahrung, dass theoretische Vorüberlegungen schwierig umzusetzen und unkritisch zur Anwendung gebracht am Ende sogar unpassend sind, wenn einem eine erschütterte Patientin gegenüber sitzt: „...*diese Leute, die sich halt irgendwie einen Leitfaden zurechtlegen und denken, ich muss jetzt erst Schritt eins, Schritt irgendwie bis sechs und dann sag ich Tschüss. Und wenn dann plötzlich mal alles abweicht [...] und der reagiert völlig anders als du erwartet hast, [...] das fordert dich dann [...] und dann fängst du vielleicht irgendwie an, darüber nachzudenken“* (W2, 1, 153). So stark die Studierenden also betonten, dass Strukturen und Leitfäden als hilfreich wahrgenommen werden und das Üben derselben Sicherheit gerade in deren Position als Anfängerinnen vermitteln kann, so deutlich machten sie jedoch auch die Grenzen der bloßen Vermittlung von Gesprächstechniken. Die Auseinandersetzung mit der unberechenbaren Situation, also der unerwarteten und individuellen Reaktion einer Betroffenen in der Rollenspielsituation wurde als potentieller Ausgangspunkt für eine Verhaltensmodifikation eingeschätzt. Das Einüben konkreter Gesprächsstrukturen ist also ein wichtiger, aber nicht hinreichender Lernaspekt der Rolle der Ärztin. Er steht neben der empathischen Auseinandersetzung mit dem betroffenen Gegenüber.

Patientinnenrolle – Adressatin schlechter Nachrichten

Im Wesentlichen zeigten die Studierenden zwei Aspekte auf, die das Verkörpern der Rolle der Betroffenen mit sich bringt:

Einerseits beschrieben sich die Studierenden als unmittelbarere Reflektoren des Verhaltens der Ärztin, die ihnen im konkreten Rollenspiel gegenüber sitzt. Aus diesem Erleben der „Performance“ der Ärztin resultierte ein besonders effektives Feedback, aber auch aus dem konkreten Erleben abgeleitete Erkenntnisse für das eigene Verhalten im professionellen Kontext.

Andererseits beschrieben sie durch die Betroffenenrolle ein Verinnerlichen von Erkenntnissen, die über bloße Verhaltenskritik hinausgehen, eher emotional geprägt sind und eine eigenständige, von der Reflexion der Ärztinnenrolle unabhängige Qualität haben.

a. Reflexion ärztlichen Verhaltens aus Patientinnennperspektive

Mehrere Studierende führten aus, dass das subjektive Erleben von Pausen, Zeit zum Nachdenken

und vermittelter Informationsdichte in der Betroffenenrolle deutlich von den Eindrücken in der Rolle der Ärztin abwich. So resultierte eine Erkenntnis darüber, „*was man dann als Arzt dann wieder besser machen kann, das mit dem Zeitlassen*“ aus der Tatsache, dass die betreffende Studentin „*nicht zu Wort gekommen*“ ist in der Patientinnenrolle und sich „*immer durchsetzen musste, irgendwie gegen das Gerede des Arztes*“ (M1, 1, 177).⁷⁶

Ebenso galt diese Diskrepanz für die Wahrnehmung der Angemessenheit von Gesprächsinhalten. So beschrieb eine Studentin: „*wenn ich der Arzt gewesen wäre, hätte ich gesprächsmäßig andere, ganz andere Schwerpunkte gesetzt. So genau wie's die Ärztin dann auch gemacht hat, aber als ich der Patient war, fand ich bestimmte Sachen, die sie mir erklärt hat, total fürchterlich und die wollte ich gar nicht hören*“ (W1, 1, 131), z.B. „*wie er genau jetzt gestorben ist*“.(W1, 1, 133)⁷⁷

Die Patientinnenrolle bot also eine Gelegenheit, über das eigene Erleben zu einer Einschätzung von ärztlichem Verhalten – konkret von empathischen Verhaltensweisen oder aber bewusst zur Vermittlung von Empathie eingesetzten Formulierungen und Gesprächstechniken – zu kommen. „*In der Patientenrolle [ist] mir viel mehr aufgefallen [...], wie ist die Körperhaltung vom Arzt, ja, wie wie verhält er sich mir gegenüber, was [ist] jetzt so empathisch, [...] was [soll] so Empathie vermitteln*“ (M3, 2, 153). Entscheidend wichtig ist, dass die Bewertung aus dem Erleben in der Patientinnenrolle heraus deutlich abwich von den vorher antizipierten erwünschten Verhaltensweisen und damit als Mehrwert gegenüber der theoretischen Auseinandersetzung empfunden wurde. Die Schlussfolgerung aus diesem Erlebnis war, das ein „*Weg [...] die Notwendigkeit [der Reflexion des Verhaltens als Ärztin] zu sehen ist, wenn man wahrscheinlich wirklich öfter selbst diese Patientenrolle annehmen muss. [D]ass fand ich zum Beispiel an dem Kurs am eindrucklichsten [...], wie anders das wirklich ist, wenn man selbst der Patient ist*“. Es resultierte die Erkenntnis „*dass einem ganz ganz andere Sachen wichtig sind*“ (W1, 1, 131), ja dass man sogar „*bestimmte Sachen voll schlimm findet*“ (W1, 1, 138).⁷⁸

76 Vgl. auch M1, 1, 97: „*Das mit dem Pausen find ich auch sehr wichtig, weil ich war als Patient in der Situation wo ich nicht so recht zu Wort kam.*“ oder W7, 3, 205: „*Also mir ist es schwer gefallen, dem Patienten einfach mal einen Moment Ruhe zu lassen [...], so diese Gesprächspausen, die ICH als Patient eigentlich immer gebraucht*“ habe, um so nachzudenken, weil als ich so Patient war habe ich immer so gedacht (.) was schießt mir jetzt alles durch den Kopf.“

77 Die Studentin bezieht sich auf das ein Rollenspiel, wo einer jungen Frau der Tod ihres Lebenspartners durch einen Motorradunfall übermittelt wird. Die Rollenbeschreibung findet sich im Anhang.

78 Das gilt auch für formale Gesprächsaspekte, z.B. „*in der Patientenrolle mir viel mehr aufgefallen ist, wie wie ist die Körperhaltung vom Arzt, wie wie verhält er sich mir gegenüber, [...] was so Empathie vermitteln soll.*“ Die Patientinnenrolle gibt einem die Freiheit, auf solche Aspekte zu achten, weil man nicht „*gerade Arzt ist und Inhalte vermitteln muss [...]* Darum musste ich mir keine Gedanken machen, als ich Patient war.“(M3, 2,

Die Patientinnenrolle hatte also offensichtlich das Potential, den Studierenden Einschätzungen und Bewertungen von Handlungsweisen in der Rolle der Ärztin zu ermöglichen, die sie nicht theoretisch hätten ableiten können. Es bedurfte dafür vielmehr die Erfahrung als Betroffene. Es resultierte ein Mehrwert aus der Tatsache, dass die Emotionalität einer Betroffenen erlebbar wurde.

Zusammenfassend kann die Diskrepanz zwischen der Einschätzung des eigenen Verhaltens in der professionellen Rolle der Ärztin und einem abweichenden Erleben eines solchen Verhaltens in der Rolle der „Adressatin“ in der Patientinnenrolle einen entscheidenden Veränderungsimpuls geben. *„Die ideale Konstellation ist ja [...], der Arzt macht nen Fehler, der Patient weiß [...], ich würde das gerade genau so machen, aber es gefällt mir überhaupt nicht. Und dann halt so daraus die Schlussfolgerung, [...] dann mach ich es doch nicht so, obwohl ich's vorher so gemacht hätte. Also, dass ist dann glaub ich, die ideale Konstellation, dass man den gleichen Fehler macht und der andere merkt, dass gefällt mir eigentlich nicht“* (W2, 1, 192). Die Patientinnenrolle wird so auch zur Evaluation der erlernten Gesprächstechniken, da erlebbar wurde, wie man *„als Patient reagieren würde, wenn man mir [etwas] mit der vermittelten Technik sagt.“* (M3, 2, 76).

b. Betroffenheit und Emotionalität der Patientinnenperspektive

Studierende beschrieben das Vollziehen eines Perspektivwechsels, indem sie sich aktiv in die Rolle einer Betroffenen hineinversetzen als *„emotional sehr anspruchsvoll“* (M4, 3, 86), aber gewinnbringend. Dabei war das Erleben der eigenen Reaktion und Emotionalität als Betroffene entscheidend: *„...für mich hat eigentlich das meiste Benefit [...] gebracht, dass ich selbst mich in die Patientenrolle nochmal hinein versetzen [und] mitkriegen konnte, [...] wie ich darauf reagiere, wenn der Arzt irgend etwas zu mir sagt oder wie der Arzt irgendwas sagt [...] Das war eben irgendwie sehr eindrücklich und hautnah“* (M3, 2, 68). Der emotionale Aspekt des selbst Erlebten war entscheidender als die kognitive Auseinandersetzung, denn *„wenn man sich da so hineinversetzt, [... ist das] auf jeden Fall besser als wenn man [einen] Simulationspatienten⁷⁹ hat, der einem ja nur darüber berichten kann, was er gefühlt hat“* (M3, 2, 72).

Manche Reaktion auf die Überbringerin der schlechten Nachricht war für die Studierenden überraschend: *„...mich hat dann die Ärztin total aggressiv gemacht mit ihrem Verhalten, obwohl*

159).

79 Hier bezieht sich der Student auf ein ihm aus dem ÄGF 1 bekanntes Modell, wo die Studierenden auf eine Simulationspatientin treffen, der sie ihrerseits in ihrer professionellen Rolle als Ärztin begegnen.

die eigentlich voll nett war, ja, aber die hat einfach dann in meinen Augen viel Blödsinn erzählt“ (M4, 3, 220). Andere konnten ihnen bisher eher theoretisch bekannte Aspekte der Trauerarbeit in ihrer eigenen Reaktion erleben, *„diese ganz verschiedenen Stadien und dann diskutiert man und dann verhandelt man und dann ist man traurig“* (W5, 2, 127).

Das Einnehmen der Patientinnenrolle gab den Studierenden eine veränderte Wahrnehmung für das strukturelle Ungleichgewicht der Positionen in einem Gespräch zwischen Ärztin und Patientin, insbesondere in einer Situation wo potentiell lebensverändernde Nachrichten überbracht werden. Wo die Ärztin handlungsfähig war oder zumindest einen Wissensvorsprung hatte, erfuhr die Patientin, *„dass man in so einer Rolle völlig hilflos ist, und dieser Arzt [...] die einzige [...] Person [...] in dem Moment ist, die [...] dein weiteres Leben in der Hand hat im Prinzip. Also, es ist ja echt ne dramatische Situation, was der dir jetzt sagt, und wie der das sagt, kann so für den restlichen Verlauf irgendwie wegweisend sein.“* Diese Erfahrung der *„totale[n] Hilflosigkeit“*, und sei es nur in einem Rollenspiel, *„sensibilisiert dich halt für die andere Seite“* und induziert zumindest ein Vorhaben zum Verändern eigener Handlungsmuster: *„wie würd ich's dann selber irgendwie anders machen“* (W2, 1, 182). Beeindruckt hat auch die der Rolle immanente Individualisierung einer der Professionellen bekannte statistische Prognose, da es für *„den Patient [...] das erste und einzige mal ist, dass er die als Erstdiagnose hören wird“* (M6, 3, 188).

Die Einschätzung von Informationsfülle und dem, was eine Betroffene aufnehmen kann, scheint sich bei den Studierenden grundsätzlich verändert zu haben. Die Patientinnenseite habe gezeigt, *„dass man sich selbst von der Information, die einem entgegengebracht wird, durchaus erschlagen fühlen kann“* und man *„als Patient überfordert“* ist. Dieses Gefühl der Überforderung mit Information, wenn man sich *„auf der anderen Seite“* findet, ist diesbezüglich besonders interessant, weil es im Widerspruch zum Bedürfnis der gleichen Studierenden in der Rolle der Ärztin ist, *„derjenige [zu sein, die] mehr Information bringen möchte und irgendwie alle Möglichkeiten aufdecken möchte“* (alle W8, 3, 116). Als Konsequenz folgte neben der Ableitung, sich *„in meiner Arztposition etwas zurücknehmen [...] mit Erzählen und Erklären, [und] dem Patienten eher Raum [zu] lassen“* (W8, 3, 204)⁸⁰ auch Sorgfalt bei

80 Vgl. auch M6, 3, 188: *„Also, wenn es eine Konsequenz hat, dann hoffentlich die, dann man immer so ein bisschen [...] im Hinterkopf hat, dass man mit dem Patienten [...], vorsichtig sprechen muss, weil für den einiges erschütternder ist, als für den Arzt.“* oder W8, 3, 204: *„Ich hätte das am liebsten alles komplett weggeschmissen und gar nichts mehr gemacht und (...) dieses überfordert sein, ist glaube ich für mich für die Zukunft, eher ein Hinweis, dass ich ich aufpassen sollte, wie ich mit den Leuten rede, dass ich ihnen vielleicht nicht zu viele Möglichkeiten offen lasse „.“*

Gesprächsinhalt und Wortwahl. Auch dies wurde als Konsequenz der eigenen Patientinnenrolle beschrieben, weil der Studierende „*genau gemerkt*“ habe, „*was so einzelne Worte, Sätze und so was dann auch in einem auslösen können*“ (M3, 2, 139). Die Studierenden gingen also davon aus, dass die Auseinandersetzung mit der Emotionalität der Rolle der Betroffenen ihr Vermögen erweitert in ihrer aktuellen (also innerhalb eines Rollenspieles angelegten) und späteren, professionellen Rolle als Ärztin die Position der Patientin nachzuvollziehen. Damit beschrieben sie eine potentiell empathischere Kommunikation mit Patientinnen.

Nicht alle Studierenden beschrieben einen Benefit, für einige war die „*Rolle als Angehörigen oder Patient [...] nicht so einprägsam oder irgendwie so lehrreich*“ (M5, 3, 142) und „*dieses in Patienten reinfühlen [...] nicht so ausschlaggebend*“ (W3, 1, 188).⁸¹ Ein Teil der Studierenden erlebten es jedoch als „*eine[n] der entscheidenden Punkte von dem Kurs, dass ich auch mal in der Rolle des Patienten war, der eine schlechte Nachricht bekommt, um das nachfühlen zu können*“ (M3, 2, 139). Diese Erfahrung war „*hilfreich und sehr lehrreich*“ (M3, 2, 72), denn „*man möchte ja nicht selber eine schlechte Nachricht [...] bekommen in der Realität, aber in so einem Gespräch mal zu erfahren, wie es eigentlich ist, auf der anderen Seite zu sitzen, war [...] gut*“ (W4, 1, 84).⁸²

Als Konsequenz aus dieser hilfreichen Erfahrung, in der Patientinnenrolle den Bedürfnissen einer Betroffenen näher zu kommen, wurde auch der Übertrag dieses Prinzips auf reale Kontakte vorgeschlagen: Diesen „*Rollentausch [...] könnte man gedanklich ja in jeder Situation im Krankenhaus auch vollziehen [...]. Das einfach mal vollzogen zu haben hier in so einem Modell, [...] kann glaube ich schon hilfreich sein. Theoretisch kann man das ja auch in der aktuellen Situation im Krankenhaus machen, einfach sagen, Mensch, was wär' das denn, wenn ich da sitzen würde*“ (W5, 2, 151). Dieses gedankliche Nachvollziehen der Position einer betroffenen Patientin oder Angehörigen umschreibt ein kognitives Nachvollziehen der Situation. Das konstruierte Nacherleben der Situation als Betroffene in einem Rollenspiel wertete ein Teil der Studierenden – wie oben ausgeführt – auf einer emotionalen Ebene prägend hinsichtlich einer Leiderfahrung, die nicht notwendigerweise der eigenen Biographie entspricht. Sie leiteten daraus eine potentiell veränderte Kapazität ab, in realen Begegnungen die Situation der Patientin

81 Vgl. auch M1, 1, 104: *Die „Patientinnenrolle, irgendwie hat mir sonst selbst nicht viel gebracht, ich konnte mich nicht wirklich hineinversetzen“* oder W3, 1, 184: *„... dass ich ne Patientinnenrolle geschlüpft bin, mir hat das irgendwie im Gegensatz zu den anderen gar nicht viel [gebracht], irgendwie war das jetzt nicht so dramatisch“*

82 Vgl. auch W2, 1, 149: *„ich find diese Patientinnenrolle doch auch wichtig. Ich fand das am Anfang totalen Quatsch und dachte auch, ich könnte dass auch überhaupt nicht und dann saß ich auf dem Stuhl und dachte so, ach du scheiße. Das find ich jetzt aber ganz schön furchtbar.“* (W2, 1, 149)

emotional zu erfassen. Beide Aspekte entsprechen Komponenten theoretischer Empathiekonstrukte.⁸³

Jenseits des Kernstückes des Kurses ÄGF 2, dem Ausfüllen der Rollen von Ärztin und Patientin oder Angehöriger, beurteilten die befragten Studierenden zahlreiche andere formelle und informelle Aspekte des Kurses hinsichtlich deren kompetenzbildenden Gehalts. Die folgenden drei Kapitel geben einen Überblick über die angerissenen Themen.

5.2.3.2 Setting und Lernatmosphäre

„Geschützter Raum“ – Entlastung von den Bedürfnissen „echter“ Patientinnen

Studierende erlebten sich in ärztlichen Gesprächen, die schwierige Nachrichten zum Inhalt haben, als nicht ausreichend kompetent. Situationen waren häufig angstbesetzt (s.o.). Grundsätzlich sind Studierende vertraut mit Situationen, in denen es ihnen an einer Kompetenz mangelt, diese erworben und dann zur Anwendung gebracht werden muss. Bei Gesprächskompetenzen allgemein und im Speziellen beim Überbringen schlechter Nachrichten geht es aber um den Kontakt zu Patientinnen, die in einer konkreten Gesprächssituationen vulnerabel sind. Dass Patientinnen unten den eigenen Anfängerschwächen leiden müssen, erhöht den Druck auf die Studierenden.

Daher wurde an der Rollenspielsituation als positiv wahrgenommen, *„dass man dann einfach so ohne Schaden anzurichten, mal so eine Situation durchspielen kann“* (W7, 3, 110). Gewertschätzt wurde, *„einen eigenen Raum zu haben, wo [...] nicht der Patient da war, der seine eigenen Sachen, Bedürfnisse und so hat, sondern wo's wirklich nur um die Studenten ging und wo einfach Zeit dafür mal war“* (W5, 2, 58). Dieser geschützte Raum, der Studierende zunächst von der Emotionalität wirklicher Patientinnen und allen konsekutiven Bedürfnissen, Kompetenz und Souveränität zu beweisen, entlastet, könne damit auch den Rahmen geben, *„dass der eine oder andere doch mal drüber nachdenkt, okay vielleicht ist das doch wichtiger als ich dachte“* (W4, 1, 116).

Feedback

Feedback wurde bereits als Lerngelegenheit im Zusammenhang mit verschiedenen Curriculumsbestandteilen⁸⁴ behandelt. Es wurde ausgeführt, dass Studierende Feedback gegenüber ihren Leistungen im Hinblick auf das Meistern kommunikativer Situationen

⁸³ Vgl. Kapitel 2.5.1.1, S. 27 und 6.1.1, S. 116.

⁸⁴ Vgl. Kapitel 5.2.2.7, S. 86.

wertschätzen, gleichzeitig mit der Qualität des Feedbacks aber häufig unzufrieden sind.

Im Hinblick auf den Kurs ÄGF 2 äußerten sich Studierende positiv über Quantität und Qualität des Feedbacks: „...*diese beiden Gesprächsführungskurse, die fand ich eigentlich beide gut, besonders natürlich den zweiten, weil man da wirklich ausführliches Feedback gekriegt hat [...], Feedback wäre wichtig mehr [zu haben].*“ (W1, 1, 71) „*Einfach Zeit zu haben, Feedback zu bekommen*“ (W6, 8, 76), Feedback also auch als zeitlich substantieller Aspekt des Kurses wurde positiv gewertet.

Wenn Studierende Feedback einfordern, schien es Ihnen in Bezug auf zahlreiche besprochene Lehrformate hauptsächlich um eine inhaltliche Komplettierung eines Anamnesegespräches zu gehen. So wird zum Beispiel eine Famulatur erinnert, „*wo das Feedback [...] sehr gut war*“, weil „*die auch mal gesagt haben, hier (.) das muss man aber noch fragen*“ (M6, 3, 20). Im ÄGF 2 bezog sich das Feedback dem Kursfokus geschuldet auf Gesprächsführungsaspekte und nicht auf Anamneseinhalte. Hier ging es um das „Überbringen schlechter Nachrichten“ und „*man lernt halt, was man sagen kann, um es auszudrücken, [...] oder man lernt halt, was man nicht sagen sollte*“. „*Das Feedback ist halt schon gut, dass sich derjenige oder diejenige dann merkt, okay, das ist halt echt doof, wenn man darüber nachdenkt, dass kann man nicht so sagen*“ (beide W6, 2, 205). Feedback zu ärztlicher Gesprächsführung hatte hier einen klaren Fokus auf ärztlicher Empathie: Ist mein Verhalten im Rollenspiel von den Komilitoninnen und Tutorinnen als empathisch wahrgenommen worden? Feedback scheint also auch jenseits von Anamneseinhalten und konkret um Hinblick auf die Kompetenzerweiterung hinsichtlich ärztlicher Empathie entscheidend wichtig zu sein.

Die Studierenden legten Wert auf eine konstruktive, in zukünftiges Handeln übertragbare Rückmeldung. Geschätzt wurde ein „*sinnvolles Feedback und nicht dieses, ich setz mich mal auf den Stuhl und dann auf den Stuhl*“ (W2, 1, 76)⁸⁵, sondern konkrete Rückmeldungen im Sinne von „*das und das kannst du besser*“ (W1, 1, 71)⁸⁶. Optimalerweise sei da „*jemand [...], der wirklich kommunikationsgeschult ist [...] mit einem an nem Patienten der da einem so ein Feedback gibt. Wie habe ich das gemacht, wie war das Gespräch oder so. Das wär [...] vom Lerneffekt zehnfach gesteigert*“ (W3, 1, 392).

85 W2 bezieht sich hier auf eine Feedbackmethode aus dem Kurs ÄGF 1.

86 Vgl. auch W6, 2, 205 bezüglich des Wunsches nach konkretem Feedback: „*Das Feedback ist halt schon gut, dass sich derjenige oder diejenige dann merkt, okay, das ist halt echt doof, wenn man darüber nachdenkt, dass kann man nicht so sagen*“.

Speziell sei dabei das Feedback der Kommilitonin, die im Rollenspiel als Patientin oder Angehörige auftritt. Nur sie kann Auskunft darüber geben, „*wie anders das wirklich ist, wenn man selbst Patient ist. [...] Als ich der Patient war, fand ich bestimmte Sachen, die sie mir erklärt hat, total fürchterlich...*“ (W1, 1, 131).⁸⁷ Diese spezifische Feedbackebene hat das Potential, auch emotionale Aspekte eines Gespräches zu spiegeln und Studierenden damit die Möglichkeit zu geben, über ihre Gesprächsführungskompetenzen und Kompetenz der ärztlichen Empathie zu reflektieren und ihre Strategien zu modifizieren.

Zusammenfassend soll Feedback also, um Studierenden zu helfen, empathischer mit Patientinnen zu kommunizieren

1. zuverlässig und angemessen ausgiebig erfolgen
2. kompetent sein und möglichst mehrere Blickwinkel abbilden (wobei Kompetenz durchaus auch den Blick der eigenen Kommilitonen umfasst)
3. konkret sein, also sich auf eine spezifische erlebte Gesprächssituation beziehen
4. neben technischen und handlungsorientierten auch emotionale Aspekte von Empathie erfassen.

Peer-Vorbilder

Studierende maßen bezüglich ihrer Gesprächskompetenzen ihren Erfahrungen mit „role models“ einen besonders hohen Stellenwert zu – der nachhaltige Eindruck durch positive und negative ärztliche Vorbilder im Rahmen von Praktika und universitärer Ausbildung wurde ausführlich besprochen.

Ähnliches gilt innerhalb der Gesprächsführungskurse für Kommilitoninnen. Feedback bezog sich häufig auf die kritische Auseinandersetzung mit der eigenen Leistung und der der Mitstudierenden. Aber auch jenseits davon wurden Kommilitoninnen zu Vorbildern, denn „*da war eben nicht [...], der macht irgend einen Fehler und so würd ich's nicht machen, sondern das war halt eher so, dass ich auch gesagt habe, [...] so ist's gut*“ (W4, 1, 194). Studierende wurden also mit ihren Kompetenzen ebenso zu role models, ihre Kompetenz („*der hat das voll gut gemacht*“) zur Handlungsvorlage („*so möchte ich das machen*“) (bd. W4, 1, 90). Über den konkreten Wert studentischer role models läßt sich nur spekulieren, er ist aber aufgrund der

87 Natürlich kann auch eine Patientin Auskunft darüber geben, wie empathisch sie die Begegnung mit einer Ärztin im Gespräch erlebt hat. In der Praxis sollte das jedoch eher selten vorkommen und eine Steuerung dieser Feedbackebene als Teil der medizinischen Ausbildung scheint schwierig zu organisieren.

großen Überschneidungen von Erfahrungsstand und Lebenswelt sicher nicht gering zu schätzen.

„Unausweichliche“ thematische Konfrontation

Der Kurs ÄGF 2 thematisiert mit dem Überbringen schwieriger Nachrichten ein Thema, für das es in der Lebenswelt der jungen Medizinstudierenden häufig wenig oder keine persönlichen Erfahrungen gibt – die Bedeutung der Betroffenenrolle wurde diesbezüglich ausführlich besprochen.

Persönliche Erfahrungen als Patientin oder mit schwierigen Erkrankungen von Freunden oder Angehörigen wurden in den Gruppeninterviews nicht erfasst. In den Gesprächsführungskursen selbst wurden aber ebensolche persönlichen Erfahrungen regelmäßig abgefragt, um sich als Dozennenteam einen Eindruck vom Erfahrungsstand der Studierenden zu machen. Aus der Erfahrung der Autorin, die selbst zahlreiche Kurse ÄGF 2 als Dozentin begleitet hat, soll – jenseits jeglicher empirischen Evidenz – angemerkt sein, dass die persönliche Erfahrung bzw. Nicht-Erfahrung ein extrem breites Spektrum abdeckt und die persönliche Betroffenheit der Studierenden sehr heterogen ist. Diese Tatsache mit all ihren Implikationen für höchst individuelle Verhaltens- und Reaktionsmuster wurde auch in den Interviews reflektiert: *„Ich hab das Gefühl, dass das einfach sehr mit den individuellen Erfahrungen zusammenhängt und [...] dass ja doch jeder irgendwie um ein paar Ecken [...] irgendwelche Sachen kennt oder nicht kennt, und das halt er dementsprechend auch reagiert“* (W5, 2, 173). Der Einfluss ebensolcher Erfahrungen auf die eigenen Kompetenzen in schwierigen ärztlichen Gesprächssituationen und ein möglicher Kompetenzgewinn durch die Betroffenen ist interessant und kann Gegenstand weiterer Forschungsarbeiten sein. Aus den hier erhobenen Daten ist sie nicht zu eruieren.

Auch auf professioneller Ebene empfanden Studierende ein Erfahrungsdefizit: *„...gerade so bei den schwierigeren Gesprächen oder Sachen, wo man wirklich sich unsicher fühlt, da da war man eigentlich nie dabei, [...] [da hab] ich halt nie wirklich irgendwie mal so viel mit Umgang [...] mit Patienten mitgekriegt.[...] ich bin mal bisschen NRW⁸⁸ gefahren und da hab ich das mal miterlebt, aber ansonsten im Krankenhaus finde ich wenig“* (W1, 1, 71).

Die Konfrontation mit einem Handlungszwang in einer Situation des Besprechens schlechter Nachrichten war für die Studierenden unangenehm und schwer auszuhalten. Es sei eine Situation, die Studierende eher nicht aktiv suchen, denn *„man blendet man das ja immer so bisschen aus, das Überbringen schlechter Nachrichten und so“* (W2, 1, 61). Die

88 NRW = Notrettungswagen

vorweggenommene Konfrontation außerhalb einer Situation um reale Patientinnen und Verantwortlichkeiten wurde aber als positiv gewertet. „*Sich so das erste Mal da rein zu fühlen wie es wirklich ist wenn man's machen muss, das fand ich schon ziemlich sinnvoll und auch erschreckend*“ (ebenda). Die Studierenden erlebten ihr eigenes Verhalten, das teils auch als defizitär eingeschätzt wurde und werten diese artifizielle Situation als Erfahrungsvorsprung: „... *wie schwer einem dann irgendwie doch fällt, irgendwas zu sagen, auch wenn dir ein Kommilitone gegenüber sitzt, den du eigentlich kennst. Und wenn man sich dann vorstellt, das ist wirklich jetzt passiert so, das ist schon – also ich fand so um wenigstens auch nur im Ansatz nur ein Gefühl dafür zu kriegen, wie schwer und wie furchtbar das wird, fand ich es auf jeden Fall gut*“ (ebenda).

Nicht nur das Aushalten einer schwierigen Gesprächssituation an sich, sondern auch das Sammeln von Erfahrungen innerhalb dieser Konfrontation wurde als kompetenzbildend wahrgenommen. Es wurde ein Übungseffekt postuliert, denn „*wenn die öfters mal die Situation da haben, dass ihnen jemand [...] im Gespräch zusammenklappt, [...] dann müsse sie ja irgendwo handeln. [...] Spätestens dann ist die Notwendigkeit da, dann irgendwo adäquat zu reagieren.*“ (W4, 1, 140)

5.2.3.3 Wissensvermittlung, formell und informell Gesprächstechniken, Strukturierung, Inhalte

Bezüglich des Erwerbs von Kenntnissen zu Anamneseerhebung und Grundsätzlichem zur ärztlichen Gesprächsführung verwiesen mehrere Studierende auf den Kurs ÄGF 1, der im ersten klinischen Semester stattfand. „*Was so Gesprächsführung angeht und wie man sich mit Patienten unterhält und was so Körpersprache und so was ausdrücken kann und wie man auf den Patienten eingeht und zuhören und ausreden lassen [...]so die wesentlichen Sachen [hat man im] Gesprächsführungskurs eins gelernt*“ (W2, 1, 58). Dort wurden auch Kenntnisse vermittelt, „*eine vernünftige Anamnese zu führen, was auch wirklich wichtig ist*“ (M2, 1, 47). Kenntnisse für die Anamneseerhebung wurden auch in Famulaturen und UaKs vertieft.⁸⁹

Beschrieben die Studierenden erlernte Gesprächstechniken aus dem ÄGF 2, so ging es erstens um Rahmenbedingungen eines Gespräches und zweitens um als hilfreich empfundene Gesprächsabläufe und Gesprächselemente.

⁸⁹ Vgl. auch: „*Also ich finde was jetzt Anamnesen angeht und wie es sein sollte, haben wir auf jeden Fall gelernt.*“ (W4, 1, 38) und „...*was man im Studium an Gesprächsführung hauptsächlich gelernt hat, war echt Anamneseerhebung.*“ (W1, 1, 71)

Das man „auf verschiedene Rahmenbedingungen achtet“ umfasse zum Beispiel eine „ruhige Atmosphäre [zu] schaffen“ (W2, 1, 91), aber auch „nonverbale Kommunikation, Haltung vielleicht im Speziellen“ (M3, 2, 335). Denn „man kann wahrscheinlich auch so [verschränkt demonstrativ die Arme vor der Brust] mitfühlen, aber es ist halt schon anders, wenn man den Patienten auch anders [gegenübersitzt]. Nochmal unterstützend mit einer offenen Körperhaltung“ (W6, 2, 351).

Als zweiten, eher technischen Aspekt ihrer Gesprächsführungskompetenz in schwierigen Gesprächssituationen erlebten die Studierenden, nach Absolvieren des ÄGF 2 einen „roten Faden [...], wie man so ein Gespräch irgendwie strukturieren könnte“ an der Hand zu haben, mit dem man „sich es auch selber einfacher macht“ (W2, 1, 91). Auch wenn die Unsicherheiten weiter bestünden, so gäbe es doch ein neues Repertoire von „Bausteinen, wo ich mich lang ziehen kann, wie man so ein Gespräch angehen könnte“ (M4, 3, 86).

Als Leitfaden für einen Gesprächsablauf gaben die Studierenden in groben Zügen die im ÄGF 2 gelehrt „Six Steps“⁹⁰ zum Überbringen schlechter Nachrichten wieder: Die „Spannungskurve“ umfasse, „dass man erst sich kurz vorstellt oder nochmal kurz bespricht, [...] worum es überhaupt ging und [...] die Untersuchung nochmal erklärt, die man gemacht hat.“ Bei schlechten Testresultaten sei wichtig, „dass man dann halt nicht sagt, okay sie haben Krebs, sondern dass man das [...] aufbaut und alles abwägt.“ Dabei fanden die Studierenden den Ansatz „nachvollziehbar, dass man den Patienten nicht so komplett überrumpelt, sondern [...] den Patienten auch Zeit gibt, nochmal nachzudenken“ (alle W6, 2, 66).⁹¹ Wichtig war den Studierenden dabei besonders der „Warnschuss“. Gemeint ist damit ein Gesprächselement, das eine folgende schlechte Nachricht ankündigt. „Warnschuss“ bedeute „dass man halt wirklich nicht sofort sagen kann,[...], Sie haben Krebs, sondern, ich hab ihnen ja gesagt, wir haben ja Blutwerte abgenommen und so weiter. Das so ein bisschen aufzubauen, dass der Patient auch nachvollziehen kann, wie man jetzt zu einem bestimmten Ergebnis hinkommt, nicht dass ihn das [...] so unbedarft trifft, sondern dass der [sich] [...] innerhalb dieses Gespräches drauf vorbereiten kann“ (M2, 1, 92-94). Der Warnschuss habe die Funktion einer „Stufe“, mit der man

90 „Six Steps“-Protokoll im Anhang.

91 Vgl. auch M3, 2, 335: „nonverbale Kommunikation, Haltung vielleicht im Speziellen, Gesprächsverlauf und Pausen“, W6, 2, 66: „...nicht alles Schlechte aufzählen, was jetzt alles passiert, sondern halt das so für den Patienten so darzustellen, realistisch, aber halt auch so dass man dass er weiß, dass er das irgendwie machen kann...“, W6,2,78: „dieser technische Leitfaden, den ich glaube ich hilfreich finde, einfach so als Gerüst für mich selbst“ M3, 2, 152: „wie baue ich das Gespräch auf, wie wie in welcher Reihenfolge spreche ich irgendwas an, dass ich das da am Besten vergegenwärtigen konnte,“

„den [Patienten] nicht komplett runterfallen lässt“. Ziel sei ein „abgefederte[r] Sturz [...mit] verschiedenen Stufen, wie man die Nachricht dann letztendlich überbringt“ (M6, 3, 78).

Wichtig war den Studierenden als neu erlerntes technisches Element auch ein Gesprächsverlauf, der Zeit zum Nachvollziehen des Gesagten und zum Nachdenken lässt: „man hat da in dem Kurs auch gelernt, irgendwie mal Pausen zu setzen“ (M4, 3, 86). Dies resultiere u.a. aus den eigenen Erfahrungen im Rollenspiel. „Das mit dem Zeitlassen“ (M1, 1, 177) höher zu schätzen wurde abgeleitet aus der Erfahrung, dass „man gar nicht zu Wort“ (M1, 1, 102) kommt als Adressat einer schlechten Nachricht.⁹²

Es gab jedoch auch kritische Stimmen gegenüber der Schulung von Gesprächsführungstechniken im ÄGF: „...ja welche Techniken, denn. [...] doch nicht diesen, diese fünf Stichpunkte von wegen Warnschuss, [...] das sind zwar gute Anhaltspunkte, aber das ist im Grunde genommen das, was man eigentlich instinktiv [...] macht“ (W4, 11, 329). Hauptargument war auch hier der zeitliche Rahmen, denn „mit den paar Stunden, die wir jetzt haben, lernen wir keine Techniken“. Diese Studierenden hatten das Gefühl dennoch „reingeschmissen“ zu werden und „die einen haben es halt bisschen besser gefühlsmäßig drauf, die anderen schlechter“ (ebenda).

Eine andere Studierende hat keine „Struktur so gut erlernt [...], dass man die so von alleine macht“. Sie habe sich „frei flottierend gefühlt“ und „nicht das Gefühl, [...] ich kann da irgendwie steuern“; vielmehr „man man wird da reingeschmissen und dann kommt man [...] irgendwie wieder raus“ (W3, 1, 109).

Viele, aber längst nicht alle Studierenden bewerteten also erlernte Gesprächsstrukturen und deren versuchsweise Anwendung im Rollenspiel als kompetenzbildend. Die Anwendung erlernter Gesprächstechniken ist als Grundlage einer angemessenen kommunikativen Reaktion im ärztlichen Gespräch als handlungsbezogener Aspekt Teil einer empathischen Gesprächsführung.

„Üben“ – Wiederholung als Aspekt der Kompetenzbildung

Das „Üben“ im ÄGF 2 im Sinne von Agieren in der Rolle der Ärztin wurde bereits besprochen. Die Studierenden beurteilten jedoch auch die formaleren Aspekte des „Übens“, also das Wiederholen und Verinnerlichen.

Einige Studierende sahen den Aspekt des Verinnerlichens hauptsächlich im Zusammenhang mit den eher technischen Lernerfolgen und werteten positiv, „dass man tatsächlich so ein Gerüst

⁹² Vgl. Kapitel 5.2.3.1, insbesondere den Abschnitt zu „Reflexion ärztlichen Verhaltens aus Patientinnenperspektive“, S. 90.

gekriegt hat, und dass man es geübt hat“ (M6, 3, 78). Hier wurde aber der zeitliche Rahmen, den das Thema Ärztliche Gesprächsführung im Studium einnimmt, als limitierend angesehen, denn „wenn man von Anfang an [...] Studium, immer begleitend [...] Gesprächstermin[e] hätte, [wäre das] absolut sinnvoll. [...] Das] man [das] irgendwann so aus dem effeff kann, dass man nicht mehr darüber nachdenkt, wie man irgendwie ein Gespräch strukturiert und wie man eine angenehme Atmosphäre schafft [...], dass macht man dann automatisch, da muss man nicht drüber nachdenken“ (W2, 1, 353).

Der zeitliche Rahmen von zwei Kursterminen zum Üben des Überbringens schlechter Nachrichten erlaubte jeder Studentin, genau einmal die Rolle der Ärztin und einmal die der Patientin oder Angehörigen einzunehmen. Studierende fänden es *„sinnvoller [...] dass jeder [...] mindestens zweimal irgendwie so ein Gespräch gemacht hat, und da hat man dann auch schon üben, also an sich selbst sehen können, so hat man jetzt was gelernt so, kann ich das jetzt besser.“ (W2, 1, 91)* Die einmalige Exposition ohne Wiederholungsmöglichkeit wurde teilweise als regelrecht kontraproduktiv bewertet, denn *„es hat sich eher noch mehr aufgebaut, wie groß ich Angst davor habe, [...] wie schwierig das ist“ (W3, 1, 105).*

Damit werde die Kompetenzbildung in ärztlicher Gesprächsführung anderen, handwerklicheren Kompetenzen in der medizinischen Ausbildung ähnlicher, *„wie wenn man zum zehnten Mal Blut abnimmt oder so was, erst dann hat man das Gefühl, man kann es [...]“ (W3, 1, 107).*

Als weiteren Aspekt des Verinnerlichens wurde das Verknüpfen von Lerninhalt und emotionalem Gehalt der erlebten Gesprächssituation bewertet: *„Das bleibt einfach im Gedächtnis. [...] ...mit dieser Emotion sind ja bestimmte Inhalte dieses Gespräches verknüpft [...] für mich hat das einen sehr starken Erinnerungseffekt.“ (M5, 3, 90)*

Umgang mit eigener Emotionalität und Emotionalität der Patientin

Studierenden beschrieben es als wichtig, *„die Emotion des Patienten [...] zu verarbeiten oder die Reaktion, die Verhaltensweise des Patienten selbst“ (M2, 1, 283).* Das heißt zum Beispiel zu erkennen, *„der versteht gerade nicht, wovon rede ich überhaupt, oder bei dem kommt gerade die Angst hoch“ (M6, 3, 280)* und ganz allgemeingültig, dass der Arzt die *„momentanen Gefühle sozusagen respektiert, und die auch entgegennimmt und auch verarbeitet in der Reaktion. (M2, 1, 201).* Die Einschätzungen im Hinblick auf eine diesbezügliche Kompetenzbildung im Rahmen des ÄGF waren jedoch sehr zurückhaltend; dies war kongruent mit dem Verweis der emotionalen

Aspekte von Empathie in den Bereich der menschlichen Einstellungen und Haltungen.⁹³ Damit bleibe es zwar eine „*grundsätzliche Einstellungssache, ob man selbst dazu bereit ist, das [die Emotionalität des Betroffenen aufzunehmen, Anm. d. Autorin] zu tun*“, aber „*auf der anderen Seite dienen solche Kurse, wenn sie didaktisch gut gemacht sind, natürlich dazu, diese Sache auch zu erlernen*“ (M2, 1, 283). Über diese generelle Einschätzung hinaus beschrieben die Studierenden im Rahmen der Interviews keinen Kompetenzzuwachs bezüglich des Umganges mit der Emotionalität der Betroffenen beim Überbringen schlechter Nachrichten.

Im Hinblick auf die eigene Emotionalität in der Ärztinnen-Patientinnen-Kommunikation gerade bei schwierigen Nachrichten war das Thema „*Selbstschutz*“ (W8, 3, 270) wichtig. „*Wenn man jeden Tag mit solchen Diagnosen hantiert, das geht einem schon ganz schön nah und man muss einfach für sich [...] eine Strategie finden, wie man dabei selbst noch irgendwie überlebt*“ (W8, 3, 274). Als mögliche Strategie wurde die Begrenzung von Empathie vorgeschlagen, denn die Studierende „*weiß nicht, ob man das aushalten kann auf Dauer, wenn ich das wirklich mich wirklich jedes Mal in den Patienten hineinversetze*“ (M1, 1, 205).

Andererseits gab es auch die Ansicht, als Ärztin mit eigener Emotionalität offensiv umzugehen, denn auch „*das kann Empathie erzeugen, wenn man einfach mal ehrlich ist und auch einem Patienten zeigt, ich bin auch nur ein Mensch*“ (W7, 3, 312). Empathie wurde hier als eine Strategie wahrgenommen, die ein Gespräch zwischen Ärztin und Patientin wechselseitig trägt und damit erfolgreich (je nach Kontext also z.B. informativ, zukunftsweisend, tröstend) gestalten kann. In diesem Sinne gehe es darum, als Ärztin „*zuzulassen, dass ich mich selber als Mensch empfinde*“ (W7, 3, 312), „*nicht nur dass ich Empathie für einen Patienten aufbringe, sondern eigentlich auch für mich selber*“ (ebenda). Es soll also nicht nur die Emotionalität des Betroffenen im Gespräch professionell aufgenommen werden. Vielmehr soll Betroffenheit und Emotionalität sowohl auf Seiten der Ärztin als auch der Patientin Anerkennung erfahren und so ein produktiver Umgang damit ermöglicht werden, denn „*ich kriege einfach so mit, dass viele von den Ärzten im Laufe des Klinikbetriebes, die behandeln Patienten wie Gegenstände und sich selber wie Maschinen*“ (ebenda).

Konkrete neue Strategien im Umgang mit ihrer eigenen Emotionalität beschrieben die Studierenden nicht. Der Aspekt des Selbstschutzes bleibt weitgehend als Argument gegen ein 'zuviel' an Empathie im ärztlichen Alltag stehen.

93 Vgl. Kapitel 5.2.1.1, S. 69.

5.2.3.4 Motivation als Kompetenzmotor

Als wichtiges Kriterium für den empathischen Umgang mit Patientinnen identifizierten die Studierenden die aktive Bereitschaft zur Verhaltensänderung. Ein passives Aneignen oder Verbessern von Fähigkeiten oder eine Verhaltensänderung ohne Einsicht in die Notwendigkeit und ohne aktiven Willen sei nicht vorstellbar: „... *dieser Basisgedanke [...], dass man das gut machen WILL, [...] dass einem das wichtig ist, dass es dem Patienten hinterher nicht schlecht geht, [...] dass man den gut wieder wieder aufgebaut kriegt, das ist die Grundvoraussetzung dafür, dass das klappt*“ (W4, 1, 111). Motivation sei unabdingbare Voraussetzung für Kompetenzbildung, denn „*je mehr Wert man darauf legt, dass man auch in der Hinsicht gut ist, desto besser macht man das auch am Ende*“ (W4, 1, 113).

Auch von der Übungssituation und insbesondere von den Effekten des Hineinversetzens in die Rollen kann nach Einschätzung der Studierenden nur profitieren, wer bereit ist, sich auf Inhalt und Methode einzulassen. „*Wenn der von vornherein sagt, der Kurs ist Quatsch, dann kann man den in zehn Rollenspiele setzten, der wird sich da nicht hinein fühlen*“ (W4, 1, 143).

Zusammenfassend heißt das, dass Kompetenzbildung hinsichtlich empathischen Verhaltens ist nur dann möglich ist, „*wenn die Einsicht besteht. Du kannst jemanden nur verändern, wenn er das will*“ (W7, 3, 407).⁹⁴

5.2.4 Einschätzungen zur Lernbarkeit empathischer Fähigkeiten

Das folgende Kapitel soll klären, inwieweit Studierende empathische Fähigkeiten für modifizierbar halten. Die Formulierung „empathische Fähigkeiten“ ist als Referenz an die bereits in Kapitel 5.2.1 herausgearbeitete Diversität des von den Studierenden geführten Empathiebegriffes zu verstehen. Die Ausführungen des kommenden Kapitels werden zeigen, dass die Einschätzungen zur Modifizierbarkeit von Empathie im Allgemeinen und der Zugänglichkeit von Empathie als ärztliche Kompetenz im Rahmen des Medizinstudiums im Speziellen grundlegend abhängt von der persönlichen Wertung des Empathiebegriffes. Es werden die Kategorien der einstellungs- und der handlungsbezogenen Aspekte von Empathie erneut aufgegriffen, da hier eine deutliche, wenn auch nicht absolute Linie bezüglich der Einschätzung zur Modifizierbarkeit gezogen wird.

94 W4 verhandelt das Thema auf der Einstellungsebene: „*Dass ist ne Einstellungsfrage, ob dass für einen dazugehört, ob man ein guter Arzt ist oder nicht.*“ (W4, 1, 113) Die Einstellungsaspekte von Empathie werden im Kapitel 5.2.1.2, S. 72 ausführlich beschrieben. Der Motivationsaspekt der Kompetenzbildung von Empathie weist Überschneidungen zu dem auf, was Studierende als „Einstellungssache“ beschreiben.

5.2.4.1 Empathie als Grundeinstellung/ Haltung – modifizierbar oder nicht?

Empathie wurde spontan von vielen Studierenden als „*Veranlagung*“, „*Einstellungs-*“ oder „*Charaktersache*“ und damit als nicht lernbar klassifiziert, was zur Folge hat, „*dass [es] die einen [...] halt bisschen besser gefühlsmäßig drauf [haben], die anderen schlechter*“ (W4, 1, 394). Die Klassifizierung von Empathie als Einstellung und Grundeigenschaft diente teilweise als Begründung für Nicht-Lernbarkeit: „*...ich denke, das kann ich eh nicht lernen, das kann mir keiner beibringen, [...] entweder man kann es so ein bisschen [...] oder man kann es halt nicht*“ (W6, 2, 197).⁹⁵

Nicht immer aber führte die Einschätzung, dass Empathie als menschliche Grundeigenschaft zu betrachten sei zu der Schlussfolgerung, dass sie sich damit in ihren ausdifferenzierten Erscheinungsformen der Lernbarkeit entzieht. Viel mehr wurde sie auch als Voraussetzung für jegliches empathisches Verhalten und für ärztliche Empathie im Speziellen verstanden: „*..ich glaube das halt schon irgendwie jeder Mensch irgend eine Fähigkeit erzeugt, die unterschiedlich stark ausgeprägt ist und [...] dass man die fördern kann, dass man die irgendwie auch erstmal wahrnehmen muss.*“ Und weiter: „*...so eine Grundfähigkeit hat jeder, sonst könnten wir gar nicht wirklich kommunizieren*“ (W5, 2, 201). Damit wird Empathie aus dem Status einer beliebigen menschlichen Eigenschaft herausgehoben und als eine so grundlegende menschliche Eigenschaft beschrieben. Nicht deren Vorhandensein, sondern vielmehr deren Abwesenheit muss als bemerkenswerte Ausnahme gelten.

An dieser Stelle werden mehrere Schwierigkeiten in der Diskussion um Lernbarkeit von Empathie deutlich: Da ist zum einen die Frage, ob eine bloße Verhaltensmodifikation als empathisches Verhalten gewertet werden kann – an dieser Stelle wird die im Kapitel 5.2.1 erläuterte Diskrepanz zwischen empathischem Sein und empathischem Handeln auf einer weiteren Ebene ausgetragen. Zweitens stellt sich die Frage, ob dieser Minimalkonsens – Empathie als Notwendigkeit für menschliche Kommunikation als solche – tatsächlich taugt, um komplexe kommunikative Anforderungen wie die zwischen Ärztinnen und Patientinnen zu bewältigen. In den weiteren Ausführungen wird der Erwerb von empathischen Fähigkeiten in Kindheit und Jugend beschrieben. Es wird die Frage zu beantworten sein, ob dieser entwicklungspsychologisch notwendige frühzeitige Erwerb von Empathie nicht vielleicht nur notwendige, aber durchaus nicht hinreichende Voraussetzung für die genannte komplexen

95 Vgl. auch M3, 2, 203: „*Ich glaub nicht, dass man Empathie lernen kann, also entweder man man fühlt mit den Patienten mit oder man fühlt damit nicht mit.*“

Herausforderungen ist.

Empathie ist eine menschliche Grundhaltung, die in Kindheit und Jugend gelernt wird

Obwohl sich auch dieses Kapitel letztlich mit Empathie als einem lernbaren Verhalten beschäftigt, so ist es doch der Überschrift „Empathie als Haltung“ untergliedert. Es vertritt die These, dass Empathie zwar in bestimmten menschlichen Entwicklungsabschnitten durchaus Modifikationen und Ausprägungen unterworfen ist, für den hier interessanten Lebensabschnitt – das Studium – aber bereits als abgeschlossen ausgeprägt und als charakterimmanente Haltung gelten muss. Im Sinne der hochschuldidaktischen Implikationen dieser These findet sie daher an dieser Stelle ihren Platz.

Mehrere Studierende distanzieren sich von der Idee der Lernbarkeit empathischen Verhaltens im Medizinstudium mit der Begründung, „*Empathie [sei] was, was man [...] in der Jugend lernen muss*“, ein „*soziales Grundelement*“ (M6, 3, 342). Kindergarten und Schule wurden als Orte der Empathiebildung genannt (W7, 3, 375), und soziale Prägungen („*Vereinsmensch*“, M6, 3, 342) als Prädiktoren für ärztliche Kompetenzen – nicht nur die der empathischen Gesprächsführung, sondern z.B. auch Teamarbeit – angenommen.

Im Umkehrschluss wird ärztliche Empathie aus seiner professionellen Exklusivität herausgelöst. Sie wurde nicht mehr als rein professionelle Kompetenz verstanden, sondern vielmehr als Weiterführung persönlicher Eigenschaften und der Privatheit der Ärztin: „*Es mag jetzt hier meinetwegen nur um den Umgang mit Patienten gehen, aber grundsätzlich spiegelt sich das [...] auch im Makrokosmos der Welt so wider, [...] ich kann ja auch mit Leuten, mit der Kassiererin irgendwie umgehen können*“ (M5, 3, 441).⁹⁶ Empathieerwerb wurde damit eingegliedert in die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes und Adoleszenten – und ist damit gleichzusetzen mit dem Erwerb einer jeden menschlichen Kompetenz, die nicht als genetisch determiniert angenommen wird. Damit bleibt Empathie etwas, was der Modifizierung durch Hochschulbildung oder sonstige Lernprozesse ausgenommen und damit – im Sinne dieser Arbeit – auch nicht lernbar ist.

Diese Form der persönlichkeitsimmanenten empathischen Kompetenzen wurden von den Studierenden im Umkehrschluss deterministisch betrachtet: „*Eigentlich wird man ja Mediziner, weil man sich für anderen Menschen interessiert und nicht nur für sich selbst. [...] Wer eben ein bisschen egozentrischer ist, der wird Künstler oder was auch immer*“ (W7, 3, 375). Zwar

⁹⁶ Vgl.: „*Empathie ist finde ich was, das gehört zur Persönlichkeit von einem Menschen. Und dementsprechend ist das eben mehr als nur eine berufliche Qualifikationen, die man hat.*“ (M6, 3, 443)

wurden zahlreichen Abweichungen von dieser gesetzten Norm – die Studierenden schöpften aus einer Fülle von Beispielen an erlebten ärztlichen Vorbildern oder Kommilitoninnen, die keineswegs dem Bild der empathisch handelnden Ärztin entsprechen – diskutiert. Dass die *eigentlich* gute Ärztin oder die prinzipiell *geeigneter* Medizinstudierende aber diejenige ist, die dies aus einem humanistischen Antrieb heraus tut, blieb aber Konsens.

Empathie als modifizierbare menschliche Grundhaltung

Sensibilisieren vs. „Abstumpfen“

Nicht für alle der befragten Studierenden, die Empathie als eine vorbestehende Grundeigenschaft ansahen, schien die Kompetenz der ärztlichen Empathie deshalb unabänderlich. Vielmehr begriffen sie die Empathie der Studierenden als eine Art Potential, das gehoben und zur Anwendung gebracht werden muss: „*[Empathie] ist eigentlich was, was man, denk ich, normalerweise in gewissen Grundzügen einfach gegeben hat schon. Man muss halt bloß [...] sensibilisiert werden und darauf gestoßen werden, welche dieser vielen Fähigkeiten, die ich vielleicht habe und noch nie angewandt habe oder nie gebraucht habe, ist das jetzt.*“ Dieses Potential könne den Studierenden „*an gewissen Beispielen*“ nahegebracht werden, „*und dann denkt man, das kann ich doch auch, das ist doch einfach nur, wenn man sich so und so verhält*“ (alle M1, 1, 301).⁹⁷ Hier geht es also darum, vorhandene Ressourcen der Studierenden im Sinne der professionellen Kompetenz der ärztlichen Empathie nutzbar zu machen.

Wichtig ist an dieser Stelle, die Unterscheidung der Studierenden zwischen „auf eine vorhandene Kompetenz sensibilisieren“ und „eine Gesprächsführungskompetenz erlernen“ nachzuvollziehen. Von der Grundannahme ausgehend, dass es sich bei Empathie um eine angelegte oder doch zumindest deutlich vor dem Studium erworbene Haltung handelt, unterschieden sich zwei Argumentationslinien, wie diese Anlage modifizierbar sei. Für einen Teil der Studierenden war die „empathische Grundausstattung“ des einzelnen Studierenden nicht das entscheidende Moment. Entscheidender war eine praktisch gelebte empathische Kompetenz, die durchaus rational durch Gesprächstechniken zu beeinflussen sei: durch diese „*Rhetorik*“ kann man „*von der Empathie im ärztlichen Lager [...] viel kompensieren*“ (M6, 3, 342). Dies wird Gegenstand des Kapitels 5.2.4.2. sein.

Mit „Sensibilisieren“ meinten die Studierenden aber etwas anderes, nämlich, dass es die

97 Vgl. auch W5, 2, 223: Hier beschreibt W5, neben technischen Gesprächsführungsaspekten, dass es da „*diesen anderen Punkt*“ gäbe, den man „*finden kann*“ und an dem „*jeder Mensch mit anderen Menschen empathisch sein kann*“ (W5, 2, 223).

vorhandene empathische Kompetenz auf bisher – auf Grund mangelnder Berufserfahrung – noch nicht erlebte Situationen anzuwenden gelte. Dabei sei es durchaus legitim, diese Situationen künstlich zu schaffen und damit die Grenzen der eigenen Kompetenz auszudehnen: „*dass muss man schon machen, die Leute dafür sensibilisieren, aber man kann man kann es nicht erlernen in dem Punkt*“ (W1, 1, 295).⁹⁸ Dies alles setzt aber eine mitgebrachte empathische Haltung voraus. Es wurden verschiedene denkbare Mittel genannt: „*Filmszenen [...] vorspielen*“ oder „*mit Schauspielern*“ (W1, 1, 295), auf jeden Fall „*nicht erst [...], wenn man es dann halt wirklich machen muss*“, sondern in einer Übungssituation „*schon vorher, [...] durchs Studium*“ (W1, 1, 199). Auch die Rollenspiele der Gesprächsführungskurse wurden als Sensibilisierungsmoment wahrgenommen, indem „*Sensibilität für die Rolle des anderen [geweckt wird] durch so ein Rollenspiel*“, hier unter dem Eindruck des persönlichen Erlebens: „*... ich hab ja gesagt, dass ich durch die Patientenrolle ganz viel gewonnen habe*“ (M3, 2, 227).

Neben der eben beschriebenen Schulung einer empathischen Grundfähigkeit durch eine Erweiterung des Erfahrungsspektrums kann die eigene Empathie durch biographische Erfahrungen ebenso abnehmen – quasi im Sinne einer „Desensibilisierung“. Konkret auf die Lernbarkeit von ärztlicher Empathie im Medizinstudium kann das heißen: „*Ich finde halt auch, dass es im Medizinstudium nicht unbedingt gefördert wird, beziehungsweise viele Situationen waren wo es dann [...] sogar irgendwie kontraproduktiv erschien, sich nochmal in den Patienten zu versetzen und nochmal einen Vorschlag zu machen*“ (W5, 2, 201).

Die ersten Krankhauserfahrungen während des Studiums scheinen weniger einen sensibilisierenden Effekt zu haben, als dazu zu führen, dass man „*in dem ganzen System auch schon abgestumpft*“ (M4, 3, 264) wird. Während eindeutig negative ärztliche Vorbilder zu Abgrenzungsreaktionen führen⁹⁹, erlebten die Studierenden eher eine Verunsicherung in ihrem eigenen ärztlichen Verhalten, wenn sie ihre Lehrenden als nicht kompetent einschätzen¹⁰⁰ oder kein Feedback über ihre ersten Kommunikationsversuche mit Patientinnen erhalten¹⁰¹.

98 M1 zur Differenzierung von Technik lernen und Sensibilisieren: „*...das [ist] keine Technik [...], die man lernen muss [...], so wie man jetzt in die Fahrschule geht, um Auto fahren zu lernen. Also, sondern das ist eigentlich was, was man, [...] normalerweise in gewissen Grundzügen einfach gegeben hat schon. Man muss halt bloß [...] sensibilisiert werden.*“ (M1, 1, 301)

99 Z.B.: „*Also auf der Urologie hatten wir einen, der uns einen Patienten vorgeführt hat [...] und das auf eine widerliche Art und Weise, da hätte ich schon längst den Arzt gewechselt...*“ (W7, 3, 242).

100 Z.B.: „*...man soll einerseits total mitfühlend sein und den Patienten verstehen und Mitgefühl haben und so weiter und irgendwo soll man immer noch Mensch bleiben. Und ich muss sagen, wir haben teilweise als Lehrer teilweise nicht unbedingt gute Beispiele gehabt.*“ (W4, 1, 242)

101 Wiederholt beklagen Studierende, dass ihnen im UaK ein Korrektiv über Inhalt der Anamneseerhebung am Krankenbett und ihre Kommunikationsfähigkeiten gefehlt hat, z.B.: „*man ist zwar bei allen möglichen UaK's*

Kongition – Ergänzung von Verhalten und Haltung

Neben Empathie als einer handlungsdeterminierenden Grundhaltung und Empathie als Grundhaltung, die durch (De-)Sensibilisierung in ihrer Ausprägung modifiziert im ärztlichen Handeln zur Anwendung kommt, diskutierten die Studierenden Empathie auch als bewusstes, kognitiv gesteuertes Verhalten auf Grundlage einer wie auch immer ausgeprägten empathischen Grundhaltung.

Wie auch im vorhergehenden Kapitel war die Grundannahme hier eine gesetzte empathische 'Grundausrüstung', die als Charaktereigenschaft verstanden wurde. Auf dieser Grundlage könnten bewusst eingesetzte Gesprächstechniken zur Anwendung gebracht werden, diese wurden aber von den Studierenden in diesem Zusammenhang ausschließlich unter dem Aspekt des (insuffizienten) Defizitausgleiches diskutiert: „*[Gesprächsführungskurse sind] ein gutes Gerüst, aber ich glaube trotzdem, es gibt [...] schon auch halt Mentalitätsfragen. [...] ...man kann so soziale Kompetenzen, glaub ich, nicht wirklich lernen. [...] für Leute die halt einfach sozial [...] dieses Feingefühl irgendwie nicht haben, ist es halt schwierig [...] ein Gerüst im Kopf vielleicht, aber ob sie das dann umsetzen können, weiß ich halt nicht.*“ (W6, 2, 82) Wo Gesprächstechniken mit der Intention einer empathischen Gesprächsführung zum Einsatz gebracht würden, ohne das „echte“, d.h. charakterimmanente Empathie dahintersteht, wirke das „gekünstelt“, denn „*es gibt irgendwie Leute, die ein Gespür dafür haben und welche, dies nicht erlernen und die die's nicht erlernen, die erlernen es, glaub ich, auch nicht besser dadurch, dass sie sich ne Struktur zurecht legen*“. Als Beleg dient die Beschreibung eines Kommilitonen: „*... ich kenn halt auch so einen, der würde das genau so machen. Der hat einmal gelernt, ich muss als erstes ne ruhige Atmosphäre schaffen, [...], aber, wenn's überhaupt nicht passt, wenn die Frau schon ohnmächtig ist und zusammenbricht und er räumt trotzdem noch alle Stühle zur Seite, damit es ne ruhige Atmosphäre ist.*“ (W2, 1, 110). Dieser Blick auf kognitiv gesteuerte Handlungsweisen zum Ausdruck von Empathie wurde als hilflose Versuch eines Defizitausgleiches geschildert.

im Patientenzimmer gerannt und hat Anamnesen erhoben, aber ich fand die waren irgendwie nie so toll, weil man halt meistens irgendwie alleine ohne Arzt reingerannt ist und [...] immer erst gehört hat, was man doch noch Tolles Wichtiges alles hätte fragen [...] müssen „ (M6, P3, 16) oder einfach: „*...in den UaKs [gab es] extrem wenig Feedback*“ (W1, 1, 71).

5.2.4.2 Empathie als modifizierbares Verhalten

Keiner der Interviewten lehnte die Vorstellung von unterschiedlich ausgeprägten empathischen “Begabungen” grundsätzlich ab. Während jedoch in den voranstehenden Kapiteln die Vorstellung einer vorauszusetzenden Grundhaltung im Mittelpunkt stand, die als Basis für mehr oder weniger sinnvolle Modifikationsversuche zu verstehen ist, so rücken in den folgenden Kapiteln die Stimmen in den Mittelpunkt, die ärztliche Empathie als eine im Medizinstudium erlernbare Kompetenz wahrnahmen. Hier liegt auch der Unterschied zu den Ausführungen im Kapitel 5.2.4.1 – während hier ein kognitiver Zugang als quasi hilfloser Versuch begriffen wird, empathische Defizite auszugleichen, geht es nun um Lernbarkeit von Empathie als echten Kompetenzerwerb.

Es erfolgte eine Abgrenzung von einem ausschließlich emotional geprägten Empathieverständnis: Ob sich die Ärztin “ .. *in seine Situation hineinversetzen kann oder nicht, ist gar nicht so wichtig. Es ist wichtig, dass [...] der Patient bei mir als Arzt das Gefühl hat, aufgehoben zu sein. [...] Dass er das Gefühl hat, zu mir Vertrauen haben zu können. Ob ich jetzt nun mich genau in seine Situation versetzen kann oder will ist nochmal eine ganz andere Frage*“ (W8, 3, 274).¹⁰² Das ‘will’ im voranstehenden Zitat verweist zudem auf die Möglichkeit, dass durchaus nicht nur ein persönliches Unvermögen, sondern auch eine aktive Entscheidung dazu führen kann, auf eine emotionale Mitbeteiligung zu verzichten und steht im Einklang mit dem in Kapitel 5.2.1.3 erläuterten Bedürfnis nach Selbstschutz in schwierigen Gesprächssituationen.

Möglicherweise können auch sowohl ein emotionales Empathieverständnis, als auch ein aktiver Erwerb kommunikativer Fähigkeiten, also „Techniken“ zum Erfolg gelungener, empathischer ärztlicher Kommunikation führen: Entscheidend sei, „...*diese Sache auch zu erlernen. Wie man, mit welchen Verhaltensweisen man am besten dahin kommt, um möglichst empathisches Verhalten zu zeigen*“ (M2 , 1, 283). Denn „ *man kann von der Empathie im ärztlichen Lager [...] viel kompensieren, wenn man eine gute Rhetorik hat und wenn man das nötige Fachwissen dann hat...*“, (M6, 3, 342).¹⁰³

102 Vgl. auch M4, 3, 260: „*Ich weiß gar nicht ob man sich immer so sehr in den Patienten einfühlern muss, ob das notwendig ist für ein empathisches Verhalten.*“

103 Vgl. auch M5, 3, 393: “ *ob man Empathie lernen kann weiß ich nicht aber so einen Umgang mit Patienten jetzt so, den kann man glaube ich, schon lernen...*“.

Verhalten ist prinzipiell veränderbar

Jenseits einer konkreten Fokussierung auf Interaktionen zwischen Ärztin und Patientin gab es unter den Studierenden neben der oben ausgeführten Einschätzung von Empathie als mehr oder minder gesetzte Charaktereigenschaft auch ein starkes Votum für die prinzipielle Veränderbarkeit von Verhalten. *“Es geht jetzt ja einfach um die grundsätzliche Frage irgendwie, kann man es lernen oder kann man es nicht lernen, und ich sage, ja grundsätzlich [...] kann man Umgang mit Menschen lernen. [...] der eine kann es besser lernen, der andere kann es eben nicht so gut lernen, aber grundsätzlich ist es möglich...”* (M5, 3, 417). Ob empathische Gesprächsführung auch als Teil der universitären Ausbildung vorstellbar ist, wurde dabei offen gelassen: *„... wenn man eben nicht in der Vorlesung lernt, [...] dann lernt man es eben irgendwo anders, [...] ich glaube, grundsätzlich kann man (...)Umgang mit Menschen schon lernen“*, denn an dem eigenen *„Verhalten, da kann man dran arbeiten“*. Als Vergleich wurde der psychotherapeutische Bereich herangezogen: Menschen *„kriegen auch Verhaltenstherapien und [...] denen werden auch andere Verhalten beigebracht...“* (M5, 3, 405). Verhaltensänderungen seien motivationsabhängig, es bedürfe einer *„Einsicht“*: *„Du kannst jemanden nur verändern, wenn er das will“* (W7, 3, 407).¹⁰⁴ Vor einer Verhaltensänderung stehe also ein introspektiver Vorgang: *„Selbstreflektion oder Selbsteinsicht“*. (M5, 3, 417)

Empathisches Verhalten als Spiegel eigener Erfahrungen

Dass Empathie als Resultat biographischer Erfahrungen gesehen werden kann, wurde bereits ausgeführt. Erfahrungen können aber auch konkret zu Erweiterung der empathischen Kompetenzen *“konstruiert”* werden, denn möglicherweise liegt ein Mangel an Empathie darin begründet, dass *“man vielleicht einfach nur die andere Rolle nicht gesehen hat, weil man halt nie [...] auf dem Untersuchungstisch gelegen hat.”* Es seien also didaktische Instrumente denkbar, über die man *„in die Richtung noch einiges (.) auch einfach an Erfahrungen ergänzen kann, die dann auch ein Mitfühlen möglicher machen“* (W5, 2, 223). Während hier auf Erfahrungen in der möglicherweise noch nie selbst erlebten Patientinnenrolle abgehoben wurde, die das Verständnis für die Emotionalität von Patientinnen beeinflusst, gelte dies auch für den Umgang mit eigenen Empfindungen, während die Ärztinnenrolle ausgefüllt wird: *„Wer einmal das Gefühl gehabt hat und weiß, wie das ist, in so einer Situation zu stehen, kann dann vielleicht viel eher die Fassung wahren, als jemand der da zum ersten Mal steht und sich wahrscheinlich*

¹⁰⁴ Vgl. Kapitel 5.2.3.4, S. 106.

um Kopf und Kragen redet“ (W7, 3, 98).

Sowohl Erfahrungen im Bereich der Emotionalität des Gegenübers, als auch die Erfahrung, sich selbst in der professionellen Rolle zu erleben, steigern also nach Einschätzung der Studierenden die Befähigung zur empathischen Gesprächsführung.

Ausführlich diskutiert wurde die Möglichkeit, biographische Erfahrungen durch solche zu ergänzen, die in Form von Rollenspielen erlebt wurden. Die Mehrheit der befragten Studierenden beschrieb es als beeindruckendes emotionales Erlebnis, Adressat einer schlechten Nachricht gewesen zu sein. Dies wurde ausführlich in Kapitel 5.2.3.1 analysiert.

Nicht zu vergessen ist, dass die Studierenden in der Interviewsituation unter dem starken Eindruck eines Gesprächsführungskurses standen, der genau dieses Erfahrungserleben didaktisch in den Mittelpunkt rückte.

Gesprächstechniken: aktiv und rezeptiv

„...ich glaube [...] ein Handwerkszeug zum Unterhalten einer Arzt-Patienten-Beziehung kann man [...] in gewisser Weise lernen“ (M3, 2, 217). Wenn es um Lernbarkeit von Empathie ging, so bezogen sich die Studierenden auf „erfolgreiche“ ärztliche Gespräche, also solche, in denen sich die Patientin aufgehoben und gut informiert fühlt. Auf die „Echtheit“ der Emotion der Ärztin kommt es hier nicht an: *„durch Floskeln [...] oder bestimmte Rede- (.)bestandteile kann ich Empathie zumindest vermitteln“ (M3, 2, 203).* Es gebe also eine *„Technik des Überbringens der schlechten Nachricht“ (M3, 2, 72),* einen *„technischen Leitfaden, den ich [...] hilfreich finde, einfach so als Gerüst für mich selbst“ (W6, 2, 78).* Übung bringe *„Gewohnheit, [...] wie gewisse Arzt-Patienten-Interaktionen ablaufen“ (W7, 3, 403).*

Neben den vielzitierten „Floskeln“ und „Rhetorik“, bezog sich die Lernbarkeit von Gesprächsführungstechniken aber nicht nur auf die Gesprächsgestaltung durch aktive Redeanteile. *„ Man kann bestimmte Gesprächsmuster sich anlernen und man kann vor allem lernen, auf Leute zu achten. Und zwar mehr, als das was uns gesagt wird, von wegen, macht nicht so [verschränkt die Arme vor der Brust] wenn ihr vorm Patienten sitzt“ (W4, 1, 325 und 329).* Auch rezeptive Fähigkeiten seien im Sinne von Techniken trainierbar, *„man man wird aufmerksamer“,* die notwendigen *„Techniken tatsächlich gibt es, die man erlernen kann, man wird auch besser“* und zwar indem man *„übt“.* (ebenda)

5.2.4.3 Zwischenfazit

Bei der Frage nach der Lernbarkeit von Empathie zeigten sich zunächst einmal grundsätzliche Meinungsunterschiede zwischen den Studierenden, die natürlich auch Ausdruck der im ersten Kapitel diskutierten unterschiedlichen Sichtweisen auf den Inhalt des Begriffes "Empathie" sind. Einigkeit bestand ob der Einschätzung, dass Studierende mit unterschiedlichen empathischen Befähigungen ein Medizinstudium beginnen und auch in der Ärztinnenschaft diese Kompetenz sehr unterschiedlich verbreitet ist.

Je deutlicher Studierende Empathie als eine Grundeigenschaft und empathisches Sein als Charaktereigenschaft verstanden, desto weniger glaubten sie an eine Modifizierbarkeit der konsekutiven Handlungsweisen. Hinsichtlich der Frage, wo denn der Ursprung einer solchen Grundeigenschaft zu suchen sei, wurde für die Ausprägung empathischer Eigenschaften auf die Kindheit und Jugend verwiesen und die Persönlichkeitsentwicklung diesbezüglich im Studium als relativ abgeschlossen betrachtet.

Als modifizierbar wurde Empathie dort begriffen, wo Studierende davon ausgehen, dass die entsprechenden Situationen, in denen diese Kompetenz abgefordert wird, in ihrer Biographie noch nicht aufgetreten sind. Diese Konstellation begründet zu einem guten Teil auch die Angst vor schwierigen kommunikativen Situationen im kommenden ärztlichen Alltag – wie mit schwer kranken Patientinnen kommunizieren, wie mit fordernden Angehörigen, wie über begrenzte therapeutische Möglichkeiten sprechen? Unter den interviewten Studierenden herrschte Konsens darüber, dass ärztliche Kommunikation ein sinnvolles Thema im Medizinstudium darstellt, interessanterweise unabhängig davon, ob Studierende ärztliche Empathie als professionelle Weiterführung einer mitgebrachten Grundhaltung oder als erlernbare Kompetenz verstehen.

Erstere verstanden eine empathische Grundhaltung als notwendige Voraussetzung, diese Fähigkeit auch auf den ärztlichen Tätigkeitsbereich ausweiten zu können. Letztgenannte sahen die Ausprägung und Qualität der Kompetenz der ärztlichen Empathie letztlich abhängig von Ausbildungsinhalten.

Grundsätzlich als lernbar wurden verhaltensbezogene Aspekte von Empathie begriffen – also „Gesprächstechniken“, wobei nicht immer präzise benannt werden konnte, was genau darunter zu verstehen sei, sowie eine angemessene „Rhetorik“. Die Bewertung dieser lernbaren Empathieaspekte fiel sehr unterschiedlich aus – während sie für einige Studierende den Kern der ärztlichen Empathie an sich traf, für andere ein denkbares Instrumentarium und sogar einen

Schutz vor "echter" Empathie darstellte, waren wieder andere grundsätzlich unzufrieden mit bloßem empathischen Verhalten, dass sie für unehrlich und gekünstelt hielten.

6 Diskussion

Im folgenden Kapitel sollen die erhobenen Ergebnisse anhand der gestellten Forschungsfragen diskutiert werden, die bereits eingeführte inhaltliche Gliederung der Fragestellung wird dabei aufgegriffen.

6.1 Empathie als menschliche Befähigung und professionelle Kompetenz – Einschätzungen zur Lernbarkeit

Folgende Forschungsfragen wurden zu diesem Themenkomplex aufgeworfen:

- Was verstehen Studierende unter dem Begriff „Empathie“? Welche Bedeutungs- und Umsetzungsebenen werden wahrgenommen?
- Welche Aspekte fassen Studierende unter „Empathie“ als konkrete ärztliche Kompetenz und inwiefern ist diese Einschätzung kongruent zu theoretischen Empathiemodellen und curriculären Operationalisierungen?
- Wird Empathie – insbesondere im Rahmen der Hochschuldidaktik – als modifizierbare Kompetenz eingeschätzt oder welche Aspekte davon?

6.1.1 Abgleich studentischer Einschätzungen mit theoretischen Modellen (ärztlicher) Empathie

Empathie wurde in Kapitel 2.2 als komplexes und historischen Entwicklungen unterworfenen Konstrukt eingeführt. Das dieser Arbeit zugrunde liegende Modell der ärztlichen Empathie nach Mercer mit seinen vier Dimensionen – emotional, kognitiv, moralisch, verhaltensbezogen – wurde erläutert [20].

Für Studierende mit oder ohne spezifisches Vorwissen¹⁰⁵ ist der Begriff der ärztlichen Empathie jedoch zunächst ein intuitiver Begriff, an den spezifische individuelle und professionelle Erwartungen geknüpft sind. Um studentische Ansprüche (an das eigene Verhalten, medizinische Ausbildung, Umgang mit Patientinnen), Ängste und Befürchtungen, sowie Ebenen des persönlichen Ehrgeizes und der Abgrenzung nachzuvollziehen, wurden zunächst die Deutungen und Schwerpunkte der individuellen Empathiebegriffe betrachtet. Die subjektiven Sichtweisen stehen auch deshalb im Forschungsinteresse, weil sie erst ein Verständnis darüber ermöglichen, wo genau Studierende ihre Kompetenzdefizite sehen und worauf sich Erfolgserlebnisse, Kritik oder Ablehnung beziehen. Die Frage danach intendiert auch, die vermeintliche Nicht-Lernbarkeit von Empathie auf ihren Gehalt zu prüfen und zu erforschen, mit welchem genauen Fokus und welchen didaktischen Mitteln ärztliche Empathie Gegenstand medizinischer Ausbildung werden kann. Zunächst werden die empirisch erhobenen Verständnisweisen der Studierenden mit zentralen Empathiemodellen abgeglichen. Im Fokus steht hier das genannte Konzept ärztlicher Empathie nach Mercer [20].¹⁰⁶

Die befragten Studierenden neigten dazu, moralische und emotionale (einstellungsbezogene) Aspekte von Empathie von kognitiven und verhaltensbezogenen (handlungsbezogenen) Aspekten abzugrenzen, ja letztere sogar als Gegensatz zu „echter“ Empathie aufzufassen. Damit kommen sie der Einschätzung jener Theoretiker nahe, die Empathie als eine vorwiegend affektive Fähigkeit beschreiben.¹⁰⁷ Diese Sichtweise ordnet Empathie als persönlichkeitsimmanentes Merkmal ein und verweist sie auch als ärztliche Kompetenz eher in den Bereich der Einstellungen, des Charakters, der Begabungen. Dies könnte eine ähnliche Stoßrichtung vorgeben, wie jene Autorinnen, die Empathie eher zum Auswahlkriterium für Medizinstudierende denn zum Ziel medizinischer Ausbildung machen wollen.¹⁰⁸

Die Studierenden ordneten häufig gezielt eingesetzte Gesprächsstrategien zur Führung eines empathischen Ärztinnen-Patientinnen-Gesprächs und bewusste Verhaltensweisen nicht ihrem persönlichen Empathiebegriff zu, sondern begriffen diese Verhaltensweisen eher als Ersatz für tatsächliches Empfinden und Ausagieren von Empathie. Die Feststellung, dass eine emotionale Mitbeteiligung am Patientinnenschicksal im ärztlichen oder studentischen Alltag nicht

105 Einzelne der befragten Studierenden hatten sich bereits früher im Verlauf ihres Studiums mit Aspekten von ärztlicher Empathie auseinandergesetzt.

106 Vgl. Kapitel 2.3, S. 16.

107 Vgl. Kapitel 2.2.1, S. 12, sowie [3, 4, 7, 8].

108 Vgl. Kapitel 2.4.2.1, S. 20, sowie [41].

zuverlässig abrufbar und auch nur begrenzt wünschenswert ist, führt aber – ohne dass dies konkret so benannt wird – in die Nähe eines komplexeren Empathiemodelles, wie dem nach Mercer. Das „Vorspielen“ von Verständnis wird häufig als das Gegenteil echter Empathie oder bestenfalls als schlechter Ersatz aufgefasst. Mit geschulter Gesprächsführung gute und für die Patientin als empathisch erlebte Interaktionen zu gestalten wird jedoch positiv eingeschätzt. Studierende werteten gezielt eingesetzte Gesprächstechniken als Ersatz für echte Empathie, inhaltlich beschreiben sie damit jedoch letztlich kognitive (Was muss ich sagen/tun, um der Patientin als empathische Ärztin zu begegnen?) und verhaltensbezogene Aspekte multidimensionaler Konstrukte ärztlicher Empathie wie dem nach Mercer.

Moralische Begründungen für ärztliche Empathie wurden von den Studierenden weniger als explizit religiöse oder ethische Verpflichtung diskutiert. Dennoch scheint eine empathische Grundhaltung gegenüber Patientinnen jenseits der tatsächlichen Kompetenz des Ausagierens derselben als moralische Instanz im ärztlichen Selbstverständnis gesetzt. Eine empathische Herangehensweise an Patientinnen und deren Leiden wurde als grundlegende moralische Instanz im ärztlichen Selbstverständnis aufgefasst und als Grundmotivation für ein Medizinstudium angenommen. Auch wenn die Alltagspraxis problematisch gesehen wurde, blieb die empathische Ärztin Leitbild der Diskussion und wurde als solches nicht in Frage gestellt.

Insgesamt lagen die Ein- und Ausschlusslinien ärztlicher Empathie in den Einschätzungen der Studierenden also durchaus quer zu theoretischen Empathiemodellen.¹⁰⁹ Empathie stellte sich als sehr heterogen verstandener Begriff mit Fokus auf Verhaltens- oder Einstellungsaspekten dar und war dabei stark moralisch aufgeladen. Möglicherweise liegt darin die Begründung für die Betonung emotionaler Aspekte, also des „echten“ empathischen Gefühles.

Ob das „Vorspielen“ von Verständnis als Verhaltensdimension von Empathie wie bei Mercer aufgefasst oder als schieres Gegenteil derselben gewertet wird, muss in der Debatte bedacht werden. Die Wertung und Zuordnung unterschiedlicher Aspekte der Ärztinnen- Patientinnen-Kommunikation zum Konstrukt ärztlicher Empathie (z.B. emotionale Beteiligung am Leiden von Patientinnen, Anwendung von Gesprächsführungstechniken, Verhaltensweisen gegenüber Patientinnen) beeinflusst unmittelbar die Einschätzungen zur Lernbarkeit von Empathie.

109 Vgl. Kapitel 2.2 und 2.3, ab S. 11.

6.1.2 Empathie lernen – Einschätzungen zur Modifizierbarkeit ärztlicher Empathie

Die Einschätzung der Lernbarkeit von Empathie muss also relativiert betrachtet werden: Auf Basis der Betonung emotionaler Empathieaspekte lehnten die Studierenden fast durchgängig die Idee einer gezielten Vermittelbarkeit von Empathie ab. Allenfalls in einem lebenslangen Lernprozess und als universelle menschliche Eigenschaft wurde Empathie als lernbar eingeschätzt. Eine Abgrenzung ärztlicher Empathie als explizit ärztliche Kompetenz von dieser universellen „Begabung“ wurde kaum vorgenommen. Folgerichtig wurde ärztliche Empathie als Lernziel im Medizinstudium kritisch gesehen. Gesprächsführungstechniken und das Einüben von Gesprächssituationen und anwendbaren Formulierungen wurden jedoch als sinnvoll und zumeist als unterrepräsentiert im Studium gewertet und dies teils vehement als Mangel in der medizinischen Ausbildung beklagt. Diese Handlungsebene wurde also ebenso wie kognitive Aspekte von Empathie sehr wohl als modifizierbar eingeschätzt. Empathisches Verhalten wurde somit als zumindest teilweise unabhängig vom empathisch-emotionalem Erleben der Ärztin betrachtet.

Das gezielte empathische Handeln in einem ärztlichen Gespräch könnte auch gezielt zur Exploration und effektiven Anamneseerhebung eingesetzt werden. Auch hier deckte sich die studentische Einschätzung mit der Studienlage, wonach Empathie in der Kommunikation zwischen Ärztinnen und Patientinnen die Präzision von Anamneseerhebung und Diagnostik verbessert.

Die Einschätzungen zur Lernbarkeit sind also insgesamt für verschiedene Empathieaspekte differenziert zu betrachten. Studierende beschrieben einen empfundenen Mangel an Erfahrung und Kompetenz beim Interagieren mit Patientinnen und erwarteten von ihrem Studium durchaus eine Schulung dieser Kompetenzen, wenn auch nicht immer alle Aspekte des Konstruktes der ärztlichen Empathie, wie sie z.B. Mercer [20] beschreibt, mit ihrem eigenen Empathieempfinden kongruent waren. Sie verweigerten sich jedoch der Idee der Schulung emotionaler Aspekte von Empathie, da diese als persönlichkeitsimmanent wahrgenommen werden.

Interessanterweise wurde aber – abweichend von der Einschätzung der Studierenden, dass emotionale Aspekte von Empathie im Studium kaum vermittelbar seien – das Einnehmen der Rolle der Patientin bzw. Angehörigen während der Rollenspiele im Kurs „ÄGF 2 – Überbringen schlechter Nachrichten“ speziell durch das Erleben der Emotionalität dieser Rolle durchaus als

kompetenzbildend erlebt. Das gezielte Herbeiführen der Erfahrung dieser Rolle hat, so die Studierenden, die Einschätzung der Bedürfnisse von Menschen in schwierigen Situationen im medizinischen Kontext teils entscheidend beeinflusst. Sie scheint die Beurteilung eines angemessenen und professionellen ärztlichen Handelns verändert und die Emotionalität Betroffener nachvollziehbarer gemacht zu haben. Die Implikationen der Betroffenenrolle des ÄGF 2 sollen im Kapitel 6.3 weiter ausgeführt werden.

Aus der empirischen Erfassung individueller Empathiebegriffe Studierender und den dargestellten Ableitungen zur Lehr- und Lernbarkeit verschiedener Aspekte folgen didaktische Implikationen für die Implementierung des Lernzieles ärztlicher Empathie im medizinischen Curriculum.

Die Aufbereitung des Lernzieles ärztliche Empathie für konkrete Lehrformate setzt sowohl bei Lehrenden als auch bei Studierenden eine theoretische Aufarbeitung und Verständigung über den zugrunde liegenden Empathiebegriff voraus. Intuitive Empathiebegriffe dürften auch über die untersuchte Gruppe hinaus zu heterogen sein und wichtige Aspekte dieser zentralen ärztlichen Kompetenz vernachlässigen. Im Hinblick auf den entscheidenden Einfluss ärztlicher Empathie auf Versorgungsqualität und Patientinnenzufriedenheit ist diese mangelnde Präzision nicht hinnehmbar.¹¹⁰

Darüber hinaus kann ein multidimensionaler Empathiebegriff bei der nachgewiesenen hohen moralischen Bindung von Studierenden an das Ideal der empathischen Ärztin eine Entlastung von einem vorrangig emotionalen Empathieverständnis bewirken und damit möglicherweise eine aus Überforderung resultierende Hilflosigkeit und Abgrenzung verhindern.

Schlussendlich muss die Adressierung emotionaler Aspekte von Empathie durch erfahrungsbasierte Lehrformate zumindest bedacht werden. Die erhobenen Daten lassen die Schulung emotionaler Aspekte von Empathie plausibel erscheinen. Eine empathischere Gesprächsführung geschulter Studentinnen oder eine faktische Veränderung der späteren ärztlichen Gesprächsführungspraxis kann das gewählte Forschungsformat jedoch nicht nachweisen. Die Daten geben aber Hinweis darauf, dass das gezielte Herbeiführen der Emotionalität der Betroffenenrolle als Lehrformat für die Schulung der Kompetenz der ärztlichen Empathie in seiner Komplexität und explizit unter Einbeziehung der emotionalen Ebenen tauglich sein kann. Dies schließt an die Ergebnisse der Literatur an, die

¹¹⁰ Vgl. Kapitel 2.4.1, S. 19, sowie z.B. [21, 22, 28, 29, 38].

erfahrungsbasierte Lehrformate zur Schulung von Empathie als sinnvoll nahe legt.¹¹¹

6.1.3 Ärztliche Empathie und Professionalität

Die Studierenden diskutierten Empathie auch im Hinblick auf ihre ärztliche Professionalität und betrachteten sie dabei fast ausschließlich als Gefahr. Damit ergibt sich eine interessante Diskrepanz zum Erleben von Patientinnen, die als empathisch wahrgenommene Ärztinnen gemeinhin auch professioneller einschätzen [26]. Hier ist wiederum mitzudenken, dass die Studierenden sich vorwiegend auf die emotionalen Aspekte von Empathie bezogen und damit eine Abgrenzung von „zu viel Empathie“ hauptsächlich als emotionalen Selbstschutz im ärztlichen Alltag begriffen. Gezielter Einsatz empathischer Gesprächstechniken zur effektiven Exploration wurde durchaus nicht als unprofessionell empfunden.

Emotionale Aspekte wurden der Ärztin zwar im Hinblick auf deren Authentizität zugestanden und als normale Reaktion auf das Erleben im ärztlichen Alltag gewertet. Es wurde jedoch angenommen, dass sie die Handlungsfähigkeit der Ärztin tendenziell in Gefahr bringen und daher begrenzt werden müssen. Professionalität wurde fast ausschließlich als „Nicht-Emotionalität“ verstanden, wobei sich die Studierenden sowohl von diesem Anspruch als überhöht abgrenzten, als auch von einer Erwartung nicht zu leistender emotionaler Beteiligung bei ihren Patientinnenkontakten.

Kognitive und handlungsbezogene Aspekte von Empathie, also professionelle Gesprächsführung und geschulter Umgang mit schwierigen Gesprächssituationen und den emotionalen Ansprüchen von Patientinnen, könnten diesen Widerspruch durchaus auflösen. Die Vermittlung von ärztlicher Empathie als multidimensionales Konstrukt scheint umso wichtiger, wo Studierende in Gefahr sind, sich in dem Wunsch, eine empathische Ärztin zu sein, emotional zu überfordern oder aber im Umkehrschluss in ihrem Bedürfnis nach Selbstschutz völlig eines empathischen Umgangs mit ihren Patientinnen verweigern.

6.1.4 Soziale Bedingungen von Empathie

Studierende beschrieben, dass Empathie durchaus nicht bedingungslos ist – ein empathisches Gespräch ist leichter zu führen, je näher die jeweilige Situation und je ähnlicher die Patientin ist. Nicht immer war dies explizit, häufig beschränkte sich das Empfinden darauf, mit einer Patientin

¹¹¹ Vgl. Kapitel 2.4.2.2, S. 22, sowie [62, 63, 70, 74, 83].

„nicht klar zu kommen“ und daher auch keine gute Ärztin für sie zu sein.

Fasst man Empathie als bloßes „sich Einfühlen“, ist dies leicht nachzuvollziehen: Die Vorstellung, an der Stelle jemandes anderen zu sein, gelingt umso leichter, je ähnlicher diese Person ist. Biopsychologisch wird dies mit der Theorie der Spiegelneurone erklärt [16]. Auch anderen Wissenschaften ist dieses Phänomen bekannt, in der Personalforschung etwa spricht man vom „Ähnlichkeitsfehler“, wenn ähnliche Personen besser beurteilt, eher eingestellt werden etc. [142]:

Für die Patientinnenversorgung hat das erhebliche Implikationen. Unterstellt man, dass Medizinstudierende häufig wenig eigene Erfahrungen mit Krankheit und Leiden, aber auch mit dem Leiden anderer, mit Verlust und Pflege von erkrankten Angehörigen haben, dann dürfte in vielen Fällen wenig gemeinsamer Erfahrungsraum mit dem Gegenüber der Medizinstudierenden oder jungen Ärztin bestehen. Werden dazu Alter, Herkunft und soziale Schicht betrachtet, steht zu vermuten, dass ein nicht unerheblicher Teil des Patientinnenklientels zumindest schwer einfühlbar bleibt und den Medizinstudierenden als Patientin begegnet, mit der „schwer klar zu kommen“ ist. Nimmt man darüber hinaus die Ergebnisse der Versorgungsforschung ernst, die eine Abhängigkeit von Anamneseerhebung, Diagnostik, Versorgungsqualität und Patientinnenzufriedenheit von ärztlicher Empathie zeigt,¹¹² dürfte dies eine erhebliche Ungleichheit im empathischen Umgang von Ärztinnen mit Patientinnen unterschiedlicher Milieus zur Folge haben und letztlich auch deren Versorgung beeinflussen.

Drei Aspekte können daraus abgeleitet werden:

Erstens: Auch im Hinblick auf den „Ähnlichkeitsfehler“ und die Sicherstellung einer egalitären Patientinnenversorgung gilt: Ärztliche Empathie darf nicht auf emotionale Aspekte reduziert bleiben und ist damit in weiten Teilen eine Kompetenz, die vom intuitiven Empathiebegriff der Studierenden abweicht.

Zweitens: Ärztliche Empathie kann damit nicht der Individualität der Persönlichkeit der Ärztin überlassen bleiben, sondern muss notwendiger Teil ärztlicher Ausbildung sein. Selbst wenn sich einstellungsbezogene Aspekte von Empathie der Lernbarkeit mehr oder weniger entziehen sollten, so ist zumindest die Schulung handlungsbezogener Empathieaspekte notwendig, um auf eine suffiziente, professionelle und gerechtere Patientinnenversorgung hinzuwirken.

¹¹² Vgl. Kapitel 2.4.1, S. 19.

Und drittens: Wenn Empathie davon abhängig ist, inwieweit die Medizinstudentin oder Ärztin den Erfahrungshorizont der Patientin insbesondere im Hinblick auf deren Leiden nachvollziehen kann und gleichzeitig von einem strukturellen Mangel an geteilten Erfahrungen ausgegangen werden muss, so liegt es nahe, die Erfahrungsebene zum Gegenstand studentischer Ausbildung zu machen. Die erhobenen Evaluationsdaten und berichteten Erfahrungen der interviewten Studierenden zeigen, dass Rollenspiele und insbesondere das Einnehmen der Betroffenenrolle eine effektive Methode sind, um die ärztliche Empathie der Studierenden und explizit auch die emotionalen Aspekte derselben zu schulen.¹¹³

6.2 Schulung sozialer und kommunikativer Kompetenzen im Medizinstudium – Feedback und Vorbilder

Im folgenden Kapitel wird die Forschungsfrage aufgegriffen, wie Studierende die verschiedenen Lehr- und Lernformen im Medizinstudium hinsichtlich deren Eignung zum Erwerb kommunikativer und sozialer Kompetenzen im Allgemeinen und von ärztlicher Empathie im Speziellen bewerten.

Die Befragung der Studierenden des Wintersemesters 2008/2009 der Charité Universitätsmedizin Berlin hat gezeigt, dass die Gelegenheiten zum Erwerb sozialer und kommunikativer Fähigkeiten im Medizinstudium sehr kritisch bewertet werden. Drei Lehrformate diskutieren die Studierenden maßgeblich: Unterricht am Krankenbett (UaK), Praktika wie Pflegepraktikum und Famulatur sowie die Kurse ÄGF 1 und ÄGF 2. Letzterer soll in diesem Kapitel nur kurz angerissen und später ausführlich diskutiert werden. Als entscheidend für den Lernerfolg der Studierenden kristallisierten sich die informellen Lernkategorien „Vorbilder“ und „Feedback“ heraus.

Das Lehrformat UaK wurde, so wie es die Studierenden erlebten, überwiegend nicht als geeigneter Rahmen für den Erwerb kommunikativer und sozialer Kompetenzen wahrgenommen. Als Gelegenheiten für die Schulung ärztlicher Empathie wurden es nicht erlebt, auch wenn einige UaKs teilweise als sinnvoll zum Erlernen von Anamneseerhebung gewertet wurden. Sachzwänge, wie bsp. Zeitmangel der Lehrenden, verunmöglichten nach überwiegender Einschätzung häufig auch das Training dieser Kompetenz. Zudem habe oft das Feedback zur

¹¹³ Vgl. Kapitel 5.2.3, S. 89 und 6.3, S. 128.

Selbstkontrolle der erbrachten Leistung im Patientinnenkontakt gefehlt. Die Dichte erlebter kommunikativer Situationen mit Patientinnen (nämlich die Erfahrung, häufig ohne adäquate Vorbereitung „in Patientenzimmer geschickt“ zu werden) sowie die erlebte Frustration über mangelnde Vor- und Nachbereitung und die eigene Insuffizienz fallen in Bezug auf diese Lehrform besonders weit auseinander.

Dieser Befund ist durchaus kongruent mit der wissenschaftlichen Literatur der letzten Jahre, die eine Abnahme der studentischen Empathie während des Medizinstudiums um den Zeitraum der ersten intensivierten Patientinnenkontakte feststellte.¹¹⁴ Zwar sind an dieser Stelle unmittelbare Vergleiche auf Grund der stark unterschiedlichen Curricula und Forschungsmodi (und im Hinblick auf die Literatur auch mangelnden Einblick in die exakten Lehrformate) kaum möglich. Das Grundproblem ist jedoch unübersehbar – kommunikative Kompetenzen stellen sich nicht einfach ein, sobald sich die Konfrontation mit einer entsprechenden Situation ergibt. Ganz im Gegenteil bergen Unterrichts-Settings ohne kommunikationstheoretischen Hintergrund ein hohes Frustrationspotential. Das Gleiche gilt, wenn Kontakte mit Patientinnen unbegleitet stattfinden oder durch Lehrende angeleitet werden, die ihrerseits hinsichtlich ärztlicher Gesprächsführung nicht oder schlecht ausgebildet sind. Es besteht die Gefahr eines exakt gegenteiligen Effektes – nämlich kontraproduktives Abgrenzungsverhalten und abnehmende Empathie.

Pflegepraktika und Famulaturen wurden häufig als sinnvolle Lerngelegenheiten gewertet. Entscheidender Punkt war jedoch nicht das Lehrformat an sich, der Lernerfolg wurde als hochgradig abhängig von den begleitenden Ärztinnen erlebt. Deren Feedback und Vorbildfunktion – diese beiden informellen und die offiziellen Lehrformate quasi überspannenden Kategorien kristallisierten sich als die entscheidenden Lernmomente für die befragten Studierenden heraus – waren entscheidend für die erlebte Kompetenzbildung in der Ärztinnen-Patientinnen-Kommunikation. Inhaltlich bleibt dieser Kompetenzzuwachs jedoch häufig auf die Anamneseerhebung im Sinne einer eher formalistischen Vorstellung von Informationsgewinn beschränkt.

Eine konkrete Schulung ärztlicher Empathie wurde kaum wahrgenommen. Bei Gesprächssituationen mit schwierigem Inhalt blieben die Studierenden als Famulantinnen eher außen vor. Sonstige Interaktionen mit Patientinnen wurden nicht als Situationen vermittelt, die ärztliche Empathie erfordern. Dies ist bedauerlich, zeigen doch die Befunde der

¹¹⁴ Vgl. Kapitel 2.4.2.1, S. 20, sowie [45, 46, 52].

Versorgungsforschung, dass Informationsgewinn, Diagnosesicherheit und Compliance von Patientinnen bei empathischen Ärztinnen höher ist¹¹⁵ – Aspekte also, die in durchaus „alltäglichen“ Ärztinnen-Patientinnen-Gesprächen verhandelt werden. Es steht zu vermuten, dass neben den Limitierungen des Krankenhausalltages (Famulantinnen begleiten den normalen Stationsalltag. Auch wenn Famulaturen Ausbildungscharakter haben sollen, ist realistischerweise nicht zu erwarten, dass den überwiegenden Teil des Arbeitstages aktiver inhaltlicher Input erfolgt.) auch das mangelnde Bewusstsein der verantwortlichen Ärztinnen für derartige Zusammenhänge ursächlich für diesen Malus ist.

Trotz dieser limitierenden Aspekte berichteten die Studierenden von im Umgang mit Patientinnen beeindruckend und vorbildhaft erlebten Ärztinnen, die ihnen auf Grund dessen auch sehr präzise erinnerlich waren. Die geführten Fokusgruppen-Interviews zielten nicht auf eine exakte Differenzierung verschiedener Aspekte der Kommunikation zwischen Ärztinnen und Patientinnen oder gar unterschiedliche Ebenen von Empathie. So wurde nicht immer präzise ersichtlich, mit welchen genauen Aspekten ihrer Kommunikation Ärztinnen zu Vorbildern für ihre Studierenden wurden.¹¹⁶ Es wurde jedoch deutlich, dass der Bezug auf Ärztinnen, die als Vorbilder wahrgenommen wurden, durchaus im Hinblick auf einen ganzheitlichen Eindruck gelungener ärztlicher Kommunikation erfolgt. Dieser umfasst auch den Aspekt der ärztlichen Empathie und ganz sicher mehr als den Aspekt des effektiven Informationsgewinnes.

Studierende fokussierten in ihrer Frustration über ihre als mangelhaft erlebte Kommunikationsausbildung stark auf strategisch-technische Aspekte. Es zeigte sich eine regelrechte Sehnsucht nach einem regelgeleiteten Schema. Aber auch dort, wo ein zu schematisches Vorgehen kritisch gesehen wurde, hatten Studierende das Bedürfnis nach konkret umsetzbaren Kommunikationsstrategien. Was aber an den Vorbildern als lehrreich und nachahmenswert erscheint, war deutlich diffuser. Es umfasste mit den Beobachtungen, dass diese „ein Gespür für Patientinnen haben“ und gut auf diese eingehen können auf jeden Fall auch Aspekte auf der Einstellungsebene.

Die der Komplexität konkreter Personen geschuldete mangelnde Präzision im Hinblick auf die „Lernkategorie Vorbild“ ist nachvollziehbar – Vorbilder sind (durchaus wünschenswerter Weise)

115 Vgl. Kapitel 2.4.1, S. 19 sowie [22, 30].

116 Eine solche Präzisierung war im Hinblick auf die Datenerhebung weder intendiert noch sinnvoll. Die vermutete – und durch die erhobenen Daten bestätigte – Heterogenität persönlicher Empathiebegriffe in Abgrenzung zu anderen Aspekten ärztlicher Kommunikation konnte nur durch umfassendere Fragen nach erlernten kommunikativen Kompetenzen erfasst werden.

nicht standardisierbar und objektivierbar. Auffällig ist dies jedoch bezüglich der Schulung ärztlicher Empathie bei Medizinstudierenden insgesamt. Während Vorbilder individuell sind und sein dürfen, sollten kommunikative Kompetenzen als Lernziele konkret benannt und expliziert, deren Schulung durch konkrete und nachvollziehbare Lehrinterventionen angegangen und im besten Falle auch valide überprüft werden können. Bei den durch die interviewten Studierenden als maßgeblich erlebten kommunikativen Konfrontationen mit Patientinnen (UaK, Famulatur) war dies nicht der Fall.

Das Curriculum des aktuellen Modellstudienganges der Charité Universitätsmedizin Berlin geht mit der Schulung kommunikativer und sozialer Kompetenzen – zumindest in der theoretisch-schriftlichen Explizierung der Lernziele – grundlegend anders um. Kommunikative Kompetenzen und insbesondere auch verschiedene Ebenen des Konstruktes Empathie werden explizit abgebildet, insbesondere im Lehrformat „Kommunikation, Interaktion & Teamarbeit“ (KIT).¹¹⁷ Inwiefern diese Lernziele durch die ausgewählten Lehrformate tatsächlich adressiert werden, welche Faktoren und Interventionen sich als effektiv erweisen und inwiefern diese durch gewählte Prüfungsformate abgebildet werden können, wird sich hoffentlich zukünftig als spannender Gegenstand weiterer Forschungsarbeiten erweisen.

In jedem Fall zeigt die hohe Abhängigkeit der Lernerfolge von als vorbildhaft und kompetent erlebten Lehrenden, dass Kompetenzen wie ärztliche Empathie kaum ausschließlich strukturell über entsprechende Lehrmodule mit zufällig eingesetztem Lehrpersonal zu vermitteln sind, sondern entsprechend kompetente (und geschulte) Lehrende voraussetzen.

Die Schulung kommunikativer Kompetenzen ist abhängig von effektivem Feedback, welches sich neben den „Vorbildern“ als zweite informelle Lernkategorie herauskristallisierte.

Klinische Lerngelegenheiten (UaK, Famulatur) wurden dann als gewinnbringend erlebt (hauptsächlich im Hinblick auf Anamneseerhebung), wenn die studentische Performance beobachtet und kritisch gewürdigt wird, nicht auf Grund der Konfrontation mit Patientinnen an sich. Studierende erlebten es als effektiv, wenn ihre Kommunikation mit Patientinnen zumindest anfänglich beobachtet und eingeschätzt wurde und es Gelegenheit zum Umsetzen erhaltener Verbesserungsvorschläge gab. In Bezug auf die Lehrenden in UaK und die Vorgesetzten in klinischen Praktika wird auch ein enger Bezug der beiden ausgeführten informellen Lernkategorien deutlich: Ärztinnen wurden nicht nur auf Grund ihrer ärztlichen Kompetenzen an

117 Vgl. Kapitel 2.6.2.4, S. 40 und 2.6.2.5, S. 42.

sich zu Vorbildern, sondern vielmehr dann, wenn es ihnen gelang, Studierende unter anderem durch effektives Feedback daran teilhaben zu lassen. Neben den entsprechenden fachlichen und didaktischen Qualifikationen ist dies auch abhängig von verfügbaren zeitlichen Räumen im hoch verdichteten klinischen Alltag.

Gesprächsführungskurse wurden unter anderem wegen des institutionalisierten mehrstufigen Feedbacks als lehrreich (im Hinblick auf Gesprächsführungstechniken und ärztliche Empathie) wahrgenommen. Dabei wurde das Feedback der spezifisch ausgebildeten Dozierenden von der überwiegenden Anzahl der Studierenden („Stimme voll zu“ und „Stimme zu“ 84%) als effektive Methode erlebt, das eigene Verhalten als Ärztin zu reflektieren. Gewinnbringend wurde aber auch das Feedback der Kommilitoninnen im Kurs und im Speziellen das Feedback derjenigen Kommilitonin gewertet, die in der Patientinnenrolle mit der professionellen Performance der entsprechenden Studentin konfrontiert war. Für Studierende scheint also gerade im Hinblick auf die Kompetenz der ärztlichen Empathie neben dem Feedback aus professionellen Blickwinkeln auch jenes aus Peer-Perspektiven und einer (möglicherweise emotionaleren) Erlebnisperspektive kompetenzbildend zu sein.¹¹⁸

Auch jenseits des Aspektes des Feedbacks diskutierten die befragten Studierenden – natürlich nicht zuletzt auf Grund des Interview-Settings, welches im Rahmen der Durchführung des ÄGF 2 initiiert wurde – die im Studium verankerten Gesprächsführungskurse ausführlich hinsichtlich ihrer kompetenzbildenden Aspekte. Diese sollen im folgenden Kapitel ausführlich diskutiert werden.

Die befragten Studierenden schätzten auch freiwillige Lernformaten wie Anamnesegruppen oder anderen Kommunikationskurse als sehr effektiv ein. Ein präziser Bezug auf die zu Grunde liegenden inhaltlichen und didaktischen Aspekte ist an dieser Stelle nicht möglich. Die entscheidenden als kompetenzbildend erlebten Punkte scheinen aber auch hier die gezielte Beobachtung von und Schulung für spezifische Interaktionssituationen, sowie das qualifizierte Feedback der Lehrenden zu sein.

118 Vgl. Kapitel 5.2.3, S. 89.

6.3 Kompetenzbildung im Kurs ÄGF 2

Zur Analyse kompetenzbildender Aspekte des ÄGF 2 wurden folgende drei Forschungsfragen bearbeitet:

- Inwiefern wird der Kurs „Ärztliche Gesprächsführung 2 – Überbringen schlechter Nachrichten“ als kompetenzbildend hinsichtlich ärztlicher Empathie erlebt?
- Inwiefern werden einzelne methodische Aspekte dieses Kurses (Einnehmen der Rolle der Ärztin oder Patientin, Feedback etc.) als kompetenzbildend wahrgenommen?
- Werden einzelne Aspekte des Konstruktes Empathie durch bestimmte Methoden besonders adressiert?

Der Kurs ÄGF 2 wurde im Rahmen der Semesterevaluation durch die Studierenden allgemein als wichtiger Bestandteil der medizinischen Ausbildung gewertet. Über die Hälfte der Studierenden des WS 2008/2009 fühlte sich nach dem Kurs kompetenter, Patientinnen und Angehörigen beim Überbringen einer schlechten Nachricht angemessen zu begegnen. Fast 75 Prozent der Befragten schätzten ein, zumindest im Hinblick auf Gesprächsstrukturierung, also eher technische Aspekte, einen deutlichen Kompetenzzuwachs erlebt zu haben.

Dabei wurde die methodische Herangehensweise der Kompetenzvermittlung mittels Rollenspielen überwiegend positiv bewertet. Diese Ergebnisse sind zunächst kongruent mit den Befunden in der Literatur, dass Studierende erstens prinzipiell eine gezielte Schulung kommunikativer Kompetenzen befürworten, selbst einschätzen, davon zu profitieren und darüber hinaus die Methode des Rollenspieles als kompetenzbildend bewerten.¹¹⁹ Dabei kommen den unterschiedlichen Rollen auch verschiedene Lernaspekte zu.

6.3.1 Lernaspekte der Rolle der Ärztin

Die Rolle der Ärztin stellte für die Studierenden eine Konfrontation mit den Erwartungen an sich selbst in der eigenen professionellen Rolle dar und adressiert zugleich die Befürchtungen

¹¹⁹ Vgl. Kapitel 2.4.2.2, S. 22, sowie [62, 71, 81].

gegenüber den Herausforderungen schwieriger Gesprächssituationen. Studierende erlebten sich dabei teils zu ihrer Überraschung überfordert und insuffizient selbst im Hinblick auf Aspekte, die sie verinnerlicht zu haben glaubten (Klarheit und Ehrlichkeit hinsichtlich der zu überbringenden Nachricht, Gesprächsstruktur etc.).

Die Rolle der Ärztin und konkret die Interaktion und Auseinandersetzung mit einem betroffenen Gegenüber „enthüllte“ Schwierigkeiten und Fehler, die in der gedanklichen Auseinandersetzung für die Studierenden nicht abzusehen waren. Dies hat Implikationen für die Diskussion von Lern- und Lehrstrategien von kommunikativen Kompetenzen im Medizinstudium:

Die theoretische Bearbeitung von Gesprächsführungstechniken im Medizinstudium wurde von vielen Studierenden als unzureichend beklagt, im ÄGF 2 vermittelte Grundlagen (Six Steps) als hilfreich gewertet. Wie bereits im Kapitel 6.2 angedeutet, wurde insgesamt ein großes Bedürfnis nach vermittelbaren Strukturen und Leitfäden deutlich, nach einer „Anleitung“ für komplexe Gesprächssituationen. Gleichzeitig diskutierten die Studierenden Grenzen der Strukturierbarkeit von schwierigen Gesprächen. Eine fundierte theoretische Grundlagenausbildung vermittelt Studierenden Sicherheit und Kompetenz gerade in Bezug auf jene Gesprächssituationen, in denen sie kaum auf professionelle oder persönliche Erfahrungen zurückgreifen können. Unkritisch zur Anwendung gebracht kann eben jene Standardisierung aber auch unpassend oder verletzend auf eine erschütterte Patientin wirken. Der Unterschied zwischen dem Erlernen und sinnvollem, stimmigen Anwenden von Gesprächsführungstrategien gerade im Hinblick auf das Überbringen schlechter Nachrichten einerseits und dem roboterhaften, möglicherweise sogar verletzend wirkendem Abarbeiten von Leitfäden andererseits, dürfte in der Komplexität ärztlicher Empathie zu suchen sein.

Eine bloße kognitive Auseinandersetzung im Sinne eines Auswendiglernens von Leitfäden und Gesprächsführungstheorie ohne die Berücksichtigung emotionaler und handlungsorientierter Aspekte dürfte kaum ausreichend sein für eine empathische Kommunikation zwischen Ärztinnen und Patientinnen, ja eher zu einer Karikatur derselben führen.

Die Konfrontation mit der Rolle scheint jene Lücke zwischen Gesprächsführungstheorie und tatsächlich kompetenter empathischer Performance zu adressieren. Sie fokussiert die Vermittlung ärztlicher Empathie als komplexe kommunikative Kompetenz und birgt damit die Möglichkeit eines deutlich suffizienteren Lernerlebnisses.

Entscheidend für die Studierenden war die Antizipation der Situation der Gesprächspartnerin,

deren mutmaßliche Gedanken und Emotionalität. Die Rolle der Ärztin im Kontext der Dynamik eines nicht vorhersehbaren Gesprächsverlaufes verlangt eine empathische Auseinandersetzung mit dem Gegenüber, die unterschiedlicher Aspekte ärztlicher Empathie bedarf und zur Übung bringt. Ob diese Auseinandersetzung mit dem Gegenüber und seiner Situation eher kognitiv-rational oder durch emotionales Hineinversetzen erfolgte, wurde kaum explizit und war sicher interindividuell unterschiedlich gewichtet.

Studierende erlebten die Situation, eine schlechte Nachricht überbringen und mit der Reaktion des Gegenübers umgehen zu müssen als durchaus schockierend und überfordernd. Sie werteten aber positiv, dass dieses Erleben in einer Übungssituation stattfand und damit ein Lernprozess vor der Konfrontation mit einer real betroffenen Patientin stattfinden konnte.

Es besteht berechtigte Hoffnung, dass durch diese Übungssituationen „Kollateralschäden“ mit tatsächlich Betroffenen, die in einer vulnerablen Situation zufällig auf eine Studentin oder eine unerfahrene Ärztin treffen, minimiert werden können. Den empirischen Beleg dafür könnten empirische Forschungsarbeiten erbringen, die wie beschrieben geschulte Studierende im Verlauf ihrer weiteren ärztlichen Karriere nachuntersucht.

6.3.2 Lernaspekte der Betroffenenrolle

Während die Rolle der Ärztin den Studierenden als Einüben ihrer späteren Professionalität meist primär nachvollziehbar war, war die Betroffenenrolle (also die Sicht einer Patientin oder einer Angehörigen) häufig mit größeren Widerständen und Überwindungen verbunden. Dennoch schätzten 83,2% des untersuchten Semesters das Einnehmen der Betroffenenrolle zumindest in der Tendenz als sinnvoll ein. Die erhobenen qualitativen Daten verweisen zudem hinsichtlich der Kompetenzbildung von ärztlicher Empathie auf einen besonderen Wert dieses didaktischen Elementes.

Dabei erlebten die Studierenden auf zwei Ebenen einen Erkenntniszuwachs: Zum einen qualifizieren sich Studierende durch ein besonders direktes, aus der eigenen Wahrnehmung generiertes Feedback, das sowohl dem Gegenüber in der Rolle der Ärztin als Rückmeldung dient, als auch den Studierenden zur Beurteilung „typisch ärztlicher“ Verhaltensweisen verhilft. Immerhin 64,5% des untersuchten Semesters gaben an („stimme voll zu“, „stimme zu“ und „stimme eher zu“), das Einnehmen der Betroffenenrolle habe deren Wahrnehmung für das Verhalten in der Rolle der Ärztin verändert. Zum anderen resultierten unmittelbare Erkenntnisse

aus dem Erleben der Betroffenenperspektive mit ihrer spezifischer Sichtweise und Emotionalität, die über Verhaltenskritik hinausgingen und vielmehr einem Erfahrungswissen entsprachen.

Zum ersten Aspekt: Studierende erlebten die Betroffenenrolle im Sinne einer speziellen Feedbacksituation. Sowohl im Hinblick auf Gesprächsinhalte (z.B. Wie detailliert und explizit möchte ein Angehöriger informiert werden? Wie viele Informationen kann eine Betroffene verarbeiten, nachdem eine Diagnose übermittelt wurde?) als auch auf Form und Techniken (Pausen, Gelegenheit für eigene Redeanteile) kamen die Studierenden aus der Betroffenenrolle heraus zu anderen Einschätzungen des ärztlichen Gesprächsverhaltens als aus der Rolle der Ärztin selbst oder einer Beobachterposition. Gesprächsinhalte, die in der Position der Ärztin als angemessen und notwendig eingeschätzt wurden, stellten sich in der Perspektive der Betroffenen als überfordernd oder missverständlich, teils sogar als verletzend und unzumutbar dar. Das Antizipieren der Bedürfnisse Betroffener aus der Sichtweise der Ärztin stellte sich als nicht zuverlässig zutreffend heraus und erscheint damit nicht ausreichend, um mit Studierenden Verhaltensweisen ärztlicher Empathie zu erarbeiten. Das Erleben als Adressatin einer schlechten Nachricht hingegen erlaubt eine Positionierung zu wünschenswerten Verhaltensweisen der überbringenden Ärztin, die im eigenen Erleben begründet liegt und sich in dieser Form nicht theoretisch oder durch Einüben der Rolle der Ärztin erarbeiten lässt. Der spezifische Mehrwert liegt also in der Hinzunahme jenes Blickwinkels, der letztlich Fokus aller Bemühungen um ärztliche Empathie ist und in anderen Settings nicht oder nur schwierig zu generieren ist – des Blickwinkels von Patientinnen oder Angehörigen.¹²⁰ Dies kann den Fokus auf die Bedürfnisse des betroffenen Gegenübers schärfen und damit einen Beitrag zu empathischerer Gesprächsführung leisten.

Zum zweiten Aspekt: Das Erleben der Betroffenenperspektive vermittelte einen Lerneffekt, der nicht in der Bewertung und Einordnung des ärztlichen Verhaltens bestand, sondern vielmehr auf der Ebene der eigenen Emotionalität und Betroffenheit zu suchen war. Die Betroffenenperspektive ermöglichte das Erleben als Adressatin einer schlechten Nachricht. Dies beinhaltete das Vermitteln einer Leiderfahrung, die nicht notwendigerweise der eigenen Biographie entsprach und die somit die meisten Studierenden mit ihren (zukünftigen)

¹²⁰ Simulationspatientenprogramme betonen ebenfalls die Hinzunahme eines Feedbacks aus der Betroffenenperspektive. Darüber hinaus sind Rückmeldungen durch Patientinnen in tatsächlichen klinischen oder ambulanten Settings denkbar, wobei die Asymmetrie von Ärztinnen-Patientinnen-Beziehungen mit resultierenden Einschränkungen von Objektivität und Offenheit nicht unterschätzt werden sollten.

Patientinnen nicht teilen. Studierende erfuhren dieses „standing in the patients shoes“¹²¹ als emotional sehr anspruchsvoll und berichteten von Empfindungen wie Überforderung, Hilflosigkeit, Aggression und der Erfahrung einer Asymmetrie der Gesprächssituation. Statistische Aussagen zu Krankheitsbildern übersetzten sich durch das eigene Nachempfinden in eine individuelle Problemlage und Betroffenheit. Nicht alle Studierenden äußerten sich stark beeindruckt von ihrer Patientinnenrolle. Für viele stellte sie jedoch das zentrale Lernelement des ÄGF 2 dar mit einer Verschiebung der Bewertung von Empfindungen und Bedürfnissen Betroffener, sowie einer veränderten Einschätzungen ärztlichen Verhaltens. Sie beschrieben ihre Erfahrung als tatsächliches Erleben von Betroffenheit oder als Nachempfinden des Leidens von Betroffenen – in jedem Falle aber als einen emotionalen Eindruck des Erlebens von Patientinnen oder Angehörigen. Die eigene Emotionalität in der Betroffenenrolle, die Wahrnehmung und Gefühle resultierend aus dem Sich-Hineinversetzen wurden als gewinnbringend und lehrreich wahrgenommen.

Neben dem konkret erlebten Rollenspiel schlugen die Studierenden eine Operationalisierung dieses Erlebens vor, indem der Rollentausch, also die gedankliche Übernahme der Position von Betroffenen, regelmäßig in Situationen ärztlicher Kommunikation vollzogen wird.¹²² Jenseits einer kognitiven Bewertung der Situation (Wie verhält sich die Ärztin und wie bewerte ich das?) oder einer Implikation für empathisches Handeln kann hier eine Lernerfahrung emotionaler Aspekte ärztlicher Empathie unterstellt werden – ein Hineinversetzen in die Empfindungen einer Betroffenen.

Im Gegensatz zur primären Einschätzung der Studierenden, die die Vorstellung der Lernbarkeit emotionaler Aspekte von Empathie eher ablehnten, adressiert die Rollenspielintervention des ÄGF 2 also klar auch die emotionale Ebene von Empathie. Sie scheint diese auch zu erreichen: Jenseits der untersuchten Fokusgruppe, wo klar verschiedene Aspekte ärztlicher Empathie mit dem didaktischen Moment der Betroffenenrolle verbunden berichtet wurden, gab ein beachtlicher Anteil der gesamten Kursteilnehmer im Rahmen der Evaluation an, Perspektive und Gefühle von Patientinnen nach Absolvieren des ÄGF 2 verändert und besser einschätzen zu

121 „Standing in the patients shoes“ liegt als einer von drei Hauptfaktoren der Jefferson Scale of Physicians Empathy zu Grunde und hat darüber als Terminus Verbreitung in der Empathieforschung gefunden. Vgl. Kapitel 2.4.3, S. 24.

122 Diesen „Rollentausch [...] könnte man gedanklich ja in jeder Situation im Krankenhaus auch vollziehen [...] Theoretisch kann man das ja auch in der aktuellen Situation im Krankenhaus machen, einfach sagen, Mensch, was wär' das denn, wenn ich da sitzen würde.“ (W5, 2, 151)

können.¹²³ Dieses Ergebnis ist kongruent mit Untersuchungen anderer Forschungsarbeiten die zeigen, dass Ärztinnen mit persönlichen Erfahrungen mit ernsthaften Erkrankungen mehr Verständnis für Patientinnen aufbringen und empathischer agieren.

Im Hinblick auf die eingangs gestellten Forschungsfragen lässt sich also sagen, dass der Kurs ÄGF 2 von den Studierenden durchaus als kompetenzbildend im Hinblick auf ärztliche Empathie wahrgenommen wurde. Das Einnehmen der Rollen von Ärztin und Betroffener öffnete unterschiedliche Erfahrungsräume und erschloß damit zumindest potentiell auch verschiedene Ebenen ärztlicher Empathie. Die Rolle der Ärztin konfrontierte die Studierenden vorrangig mit den Herausforderungen der eigenen Professionalität und demaskierte die Lücke zwischen theoretischer Auseinandersetzung und tatsächlichen Fähigkeiten. Die Interaktion mit einer betroffenen Person zwang zur Antizipation von deren Bedürfnissen.

Die Betroffenenrolle ermöglichte ein ganz unmittelbares Feedback der Performance in der Rolle der Ärztin. Sie erlaubte das Nachempfinden der Emotionalität der Situation einer Betroffenen und bot das Potential, strukturiert Erfahrungswissen zu sammeln, aus diesem Blickwinkel zu Neubewertungen zu kommen und emotionale Aspekte ärztlicher Empathie zu schulen.

Praktische Übungen in den verschiedenen Rollen wurden also als besonders effektiv und kompetenzbildend wahrgenommen. Die Performance und damit das Üben ärztlicher Empathie kann als Schnittstelle zwischen holzschnittartigem Abarbeiten von Gesprächsführungstechniken und einer tatsächlichen situativ angemessenen und zugewandten Interaktion postuliert werden. Neben kognitiven und verhaltensbezogenen Aspekten wurden auch emotionale Ebenen ärztlicher Empathie angesprochen. Dabei schien das Einnehmen der Patientinnenrolle besonders zentral zu sein. Insgesamt ist eine erfahrungsbasierte didaktische Herangehensweise, die sowohl die Professionalität der Rolle der Ärztin, als auch das Erleben der Betroffenenrolle beinhaltet, geeignet um die Komplexität ärztlicher Empathie für eine Lehrintervention zu operationalisieren.

123 „Die Rolle des Patienten/ Angehörigen im Rollenspiel einzunehmen hat mir geholfen, dessen Perspektive und Gefühle besser zu verstehen.“ Stimme voll zu 25,2%, stimme zu 33,7%, stimme eher zu 17,8%, kumulativ 76,7%.

6.4 Fazit und Grenzen dieser Forschungsarbeit

6.4.1 Fazit

In sieben abschließenden Thesen sollen die aus den Ergebnissen abgeleiteten Kernaussagen und Implikationen dieser Arbeit noch einmal zusammengefasst werden:

1. Studierende haben individuelle und heterogene Vorstellungen zum Begriff Empathie, die von der spezifischen Kompetenz der ärztlichen Empathie stark abweichen können oder nur Teilaspekte erfassen. Für die didaktische Aufbereitung und Operationalisierung ärztlicher Empathie als Lernziel im Medizinstudium ist eine theoretische Aufarbeitung und Verständigung über den zugrunde liegenden Empathiebegriff zwingend notwendig. Die Erfassung von Empathie als multidimensionales Konstrukt wird studentischen und klinischen Realitäten gerecht und steht einem Alltagsverständnis von Empathie als diffuse emotional geprägte Begabung entgegen. Die Verständigung auf einen professionellen Begriff kann kontraproduktive Verweigerung vermeiden, die aus der Befürchtung von emotionaler Überforderung und Unprofessionalität resultiert.
2. Ärztliche Empathie ist von entscheidender Bedeutung für Patientinnenzufriedenheit und Versorgungsqualität. Zugleich erweist sich das stark emotional geprägte Empathieverständnis der Studierenden als hochgradig abhängig von sozialen Faktoren, wie sozialer und biographischer Nähe, vergleichbarem Erfahrungshorizont etc.. Dies impliziert die Gefahr erheblicher Unterschiede und Defizite in der Versorgung großer Patientinnengruppen. Um eine egalitäre und professionelle Patientinnenversorgung sicher zu stellen, muss ärztliche Empathie in seiner Komplexität Teil der medizinischen Ausbildung sein. Ein Verständnis von ärztlicher Empathie als emotionale Zugabe, die der Individualität der Studierenden überlassen bleibt, wird diesen Ansprüchen nicht gerecht.
3. Studierende lehnen die Vorstellung von Lernbarkeit von Empathie im Hinblick auf ihre vorrangig emotional geprägten Empathiebegriffe zunächst überwiegend ab. Kognitive und handlungsbezogene Aspekte ärztlicher Empathie sind jedoch klar und auch nach überwiegender Erfahrung der Studierenden durch Lehrintervention modifizierbar. Die erhobenen Daten zeigen, dass erfahrungsbasierte didaktische Elemente wie Rollenspiele auch das Potential zur Vermittlung emotionaler Empathieaspekte haben.

4. Studierende schätzen die meisten der ihnen angebotenen Lehrformate als ungeeignet zur Schulung ärztlicher Empathie ein. Ärztliche Empathie ist jedoch eine Kompetenz, die der gezielten Schulung bedarf. Sie stellt sich nicht einfach durch die bloße Konfrontation mit Kommunikationssituationen mit Betroffenen ein – im Gegenteil bewirken unbegleitete Konfrontationen Überforderung, Frustration und letztlich eine Abnahme ärztlicher Empathie. Kompetenzbildend erleben die Studierenden ärztliche Vorbilder und ein qualifiziertes Feedback bezüglich ihrer Gesprächsführungsperformance in den verschiedenen Lehrformaten. Die Schulung ärztlicher Empathie setzt eine Operationalisierung von deren verschiedenen Dimensionen in konkrete Lernziele und Lehrformate voraus und bedarf der Vermittlung durch geschulte und kompetente Lehrende.
5. Der Kurs „ÄGF 2 – Überbringen schlechter Nachrichten“ wurde als kompetenzbildend hinsichtlich ärztlicher Empathie erlebt und kann mit seiner erfahrungsbasierten didaktischen Ausrichtung als beispielhaft für deren Schulung gelten. Die Rolle von Ärztin und Betroffener können dabei unterschiedliche Aspekte adressieren. Die Performance in der Rolle der Ärztin gibt die Freiheit zur Erprobung der zukünftigen professionellen Rolle unter Ausschluss der Gefahr, durch die eigene mangelnde Erfahrung konkreten Patientinnen nicht gerecht zu werden. Sie zeigt die Lücke zwischen theoretischen Vorüberlegungen und den Herausforderungen einer tatsächlichen Konfrontation mit seinem Zwang zum Agieren auf. Darüber hinaus schult sie die Antizipationsfähigkeit der Situation des betroffenen Gegenübers.

Das Einnehmen der Betroffenenrolle hat zudem den Vorteil einer besonders effektiven Feedbackposition, die eben jene Antizipation als häufig nicht zutreffend entlarvte und das Verständnis für die Situation und die Bedürfnisse Betroffener veränderte. Dieses „standing in the patients shoes“ hebt diese Perspektive aus der Zufälligkeit persönlicher Erfahrungen der Studierenden mit Leid, Krankheit etc. heraus und macht sie für eine Lehrintervention handhabbar.

6. Bei Differenzierung verschiedener Empathieaspekte schätzen Studierende die emotionalen Aspekte zunächst als nicht lernbar ein. Tatsächlich aber hat das Einnehmen der Betroffenenrolle das Potential zur Schulung emotionaler Aspekte ärztlicher Empathie, indem die ihr eigenen spezifischen emotionalen Erfahrungen zu einer veränderten

Einschätzung von Empfindungen und Bedürfnissen Betroffener führen.

7. Zusammenfassend ist ärztliche Empathie in seiner Multidimensionalität zu erfassen und auf verschiedenen kognitiven und verhaltensorientierten Ebenen hinsichtlich Gesprächsführungstechniken, theoretischer Aufarbeitung und praktischer Übung adressierbar. Auch die emotionalen Aspekte scheinen didaktischen Interventionen zugänglich. Doch selbst wenn diese Ebene schwierig didaktisch fokussierbar und der Individualität der Persönlichkeit der Ärztin überlassen bleiben sollte, so hat ärztliche Empathie als multidimensionales Konstrukt dennoch einen so hoch einzuschätzenden Stellenwert für die Qualität der Patientinnenversorgung, dass es fahrlässig wäre sie nicht zum Gegenstand strukturierter und qualitativ hochwertiger studentischer Ausbildung zu machen.

6.4.2 Grenzen und Fehlerbetrachtung

Die Schulung ärztlicher Empathie durch verschiedene Lehrformate im Medizinstudium, wie auch im Rahmen des Kurses ÄGF 2 wurde in der vorliegenden Arbeit durch studentische Selbsteinschätzungen erfasst. Darin liegt, wie im Übrigen bei den meisten Forschungsarbeiten, die sich mit diesem Thema befassen, die Begrenzung der Aussagekraft der vorliegenden empirischen Daten. Insbesondere im Rahmen der Interviewsituationen sind auch Selbstbeurteilungsfehler (z.B. Antworten nach sozialer Erwünschtheit) denkbar. Um dieses Potenzial zu minimieren, wurde ein möglichst hierarchiearmer Kontext für die Interviewsituationen geschaffen.¹²⁴

Potenziell möglich sind auch weitere Fehler bei der Datenerhebung. So ist ein fehlerhaftes Ausfüllen der Evaluationsbögen nicht auszuschließen.

Die im Rahmen der Kursevaluation erhobenen und in diese Arbeit eingeflossenen Daten erfassen alle Studierenden, die im Wintersemester 2008/2009 am Kurs ÄGF 2 teilgenommen und den Evaluationsbogen teilweise oder vollständig ausgefüllt haben und dürften das Meinungsbild in der Breite der Studierendenschaft dieses Semesters abbilden. Die Teilnehmerinnen der Fokusgruppen-Interviews wurden im Rahmen des laufenden Kurses rekrutiert und mit einem Büchergutschein entlohnt. Es wurden alle Studierenden eingeladen, dennoch ist ein Bias durch eine höhere Rekrutierungsbereitschaft potentiell an ärztlicher Gesprächsführung

¹²⁴ Vgl. Kapitel 4.6, S. 53, sowie [137, S.783].

überdurchschnittlich interessierter Studierender nicht auszuschließen.

Die befragten Studierenden beklagten selbst den Umstand, die Erkenntnisse aus ihren Rollenspielerfahrungen nicht in einer weiteren Simulation zur Anwendung bringen und damit ihrer Lernerfolg einschätzen zu können – dies war im zeitlichen Rahmen der Lehrveranstaltung leider nicht vorgesehen. Ob entsprechend geschulte Studierende in ihrer späteren beruflichen Praxis empathischer agierendere Ärztinnen sein werden als der Durchschnitt ihrer nicht entsprechend geschulten Kommilitoninnen war nicht Gegenstand dieser Arbeit und bedürfte einer breit angelegten longitudinalen Datenerhebung.

6.4.3 Implikationen und Ausblick

Die Bedeutung ärztlicher Empathie für Versorgungsqualität und Patientinnenzufriedenheit ist empirisch belegt so hoch einzuschätzen, dass die Notwendigkeit, diese Kompetenz fest in der Hochschulausbildung angehender Ärztinnen zu verankern, unumstritten sein dürfte. Bezüglich der didaktischen Methoden und Implementierung der Lehrformate im Gesamtstudium aber sollte weiterhin um die Verbesserung der Konzepte durch empirische Sicherung der Effektivität der Lehrformate gerungen werden. Dazu sind einerseits Forschungsarbeiten notwendig, die systematisch verschiedene didaktische Konzepte untersuchen und in Vergleich setzen. Daneben sind aber auch longitudinale Untersuchungen erforderlich, die Bedingungen und den Verlauf ärztlicher Empathie über das Studienende in die Berufsbiographien hinein verfolgen. Auch die beste Methode, studentische und ärztliche Empathie zu erfassen, darf weiterhin Gegenstand der Diskussion bleiben.

Konkret für die Charité Hochschulmedizin Berlin fanden und finden im Rahmen der Implementierung des Modellstudienganges Medizin zahlreiche Neuerungen auf dem Gebiet der Lehre statt. Soziale und kommunikative Kompetenzen sind in verschiedenen Lehrformaten in den Lernzielkatalogen in weitaus größerem Umfang vertreten als bisher. Eine kritische Würdigung und empirische Aufarbeitung von didaktischen Konzepten und Lernerfolgen die über die Aussagekraft von bloßen Kursevaluationen hinausgeht, wäre diesem Engagement angemessen.

7 Literaturverzeichnis

- 1 Nolte S. Arzt oder Mediziner: Empathie statt Aktionismus. Dtsch Arztebl 2010;107(31-32), 1512-1514.
- 2 Hibbeler B. Was ist ein „guter Arzt“? Dtsch Arztebl 2011;108,(51-52): 2302-2305.
- 3 Lipps T. Leitfaden der Psychologie. Leipzig; Engelmann, 1906.
- 4 Lipps T. Das Wissen von fremden Ichen. In: Lipps T (Hrsg.). Psychologische Untersuchungen. Leipzig: Engelmann, 1907:695-722.
- 5 Liekam S. Empathie als Fundament pädagogischer Professionalität. Analysen zu einer vergessenen Schlüsselvariable der Pädagogik. Dissertation. München, Ludwig-Maximilians-Universität München, 2004.
- 6 Song SR. Empathie und Gewalt. Studie zur Bedeutung von Empathiefähigkeit für Gewaltprävention. Berlin: Logos-Verlag, 2001.
- 7 Friedlmeier W. Prosoziale Motivation. In: Bierhoff HW, Frey D (Hrsg.). Band 3: Handbuch der Sozialpsychologie und Kommunikationspsychologie. Göttingen, Bern: Hogrefe, 2006:143-149.
- 8 Bierhoff HW. Empathie-Altruismus-Hypothese. In: Bierhoff, HW. Frey, D.(Hrsg.). Band 3: Handbuch der Sozialpsychologie und Kommunikationspsychologie. Göttingen, Bern: Hogrefe, 2006:150-157.
- 9 Eisenberg N. Altruistic Emotion, Cognition and Behavior. Hillsdale: Erlbaum, 1986.
- 10 Neumann KM. Ärztliche Empathie: Messung, Determinanten und patient-reported Outcomes – Eine explorative Querschnittstudie aus der Sicht von Patienten mit Bronchial-, Ösophagus-, Kolorektal-, Mamma-, Prostata- und Hautkarzinom. Dissertation. Köln: Universität zu Köln, 2008.
- 11 Hojat M, Gonnella J et al.. Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty. Am J Psychiatry 2002; 159:1563-1569.
- 12 Borke H. Interpersonal perception of young children. Egocentrismus or empathy? Developmental Psychology 1971;5:263-269.
- 13 Schmitt M. Empathie: Konzepte, Entwicklung und Quantifizierung. Trier: Universität Trier, 1982.
- 14 Walbott HG. Empathie. In: Otto JH, Euler HA, Mandl H (Hrsg.). Emotionspsychologie. Ein Handbuch. Weinheim: Psychologische Verlags-Union, 2000:370-380.

- 15 Hojat M, Gonella J, Mangione S, Nasca TJ, Veloski JJ, Erdmann JB, Callahan CA, Mageeh M. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Med Educ* 2002;36(6):522-7.
- 16 Bauer J. Warum ich fühle was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone. Hamburg: Hoffmann und Campe, 2005.
- 17 Hojat M. Empathy in patient care: Antecedents, development, measurement and outcomes. New York: Springer, 2007.
- 18 Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, Erdmann JB, Gonella JS et al.. An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ* 2004;38:934-941.
- 19 Spencer J. Decline in empathy in medical education: how can we stop the rot? *Med Educ* 2004;38:916–918.
- 20 Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br Gen Pract* 2002;52:9-13.
- 21 Roter DL, Stewart M, Putnam SM, Lipkin MJ, Stiles W, Inui T. Communication patterns of primary care physicians. *JAMA* 1997;277:350-356
- 22 Glaser K, Markham F, Adler H, MacManus R, Hojat M. Relationships between scores on the Jefferson Scale of physician empathy, patient 's perception of empathy, and humanistic approaches to patient care: A validity study. *Med Sci Monit* 2007;13(7):291-294.
- 23 Zachariae R, Pedersen CG, Jensen AB, Ehrnrooth E, Rossen P, von der Maase H. Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related selfefficacy, and perceived control over the disease. *Br J Cancer* 2003;88:658–665.
- 24 Zolnieriek KB, Di Matteo MR. Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis. *Med Care* 2009;47(8):826-834.
- 25 Suchman A, Roter D, Green M, Lipkin MJ. Physician satisfaction with primary care office visits. Collaborate Study group of the American Academy on Physician and Patient. *Med Care* 1993;31:1083-1092.
- 26 Katic M, Budak A, Ivankovic D, Mastilica M, Lazić Đ, Babić-Banaszak A and Matkovic V. Patients' views on the professional behaviour of family physicians. *Fam Pract* 2001;18:42-47.
- 27 West C, Huntington J, Huschka M et al.. A prospective study of the relationship between medical knowledge and professionalism among internal medicine residents. *Acad Med* 2007;82:587–592.
- 28 Mercer SW, Fitzpatrick B, Gourlay G et al.. More time for complex consultations in a high-deprivation practice is associated with increased patient enablement. *Br J Gen Pract* 2008;57(545):960–966.

- 29 Nightingale SD, Yarnold PR, Greenberg MS. Sympathy, empathy, and physician responses in primary care and surgical settings. *J Gen Intern Med*. 1991;6(5):420-423.
- 30 Beckmann HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med* 1984;101:692-696.
- 31 MacPherson H, Mercer SW, Scullion T, Thomas KJ. Empathy, enablement, and outcome. *J Altern Complement Med* 2003;9(6):869-876.
- 32 Bikker AP, Mercer SW, Reilly D. A pilot prospective study on the consultation and relational empathy, patient enablement, and health changes over 12 months in patients going to the Glasgow Homoeopathic Hospital. *J Altern Complement Med* 2005;11(4):591-600.
- 33 Mercer SW, Reilly D, Watt GC. The importance of empathy in the enablement of patients attending the Glasgow Homoeopathic Hospital. *Br J Gen Pract* 2002;52(484):901-905.
- 34 Burns DD, Auerbach A. Therapeutic empathy in cognitive-behavioural therapy: does it really make a difference? In: Paul M Salkovskis (Hrsg.). *Frontiers of cognitive therapy*. New York, London: Guilford Press, 1996:135-164.
- 35 Horvath A O, Symonds BD. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *J Couns Psychol* 1991;38:139-149.
- 36 Ellis PM, Tattersall MH. How should doctors communicate the diagnosis of cancer to patients? *Ann Med* 1999;31(5):336-41.
- 37 Neumann M, Wirtz M, Bollschweiller E, Mercer S, Warm M, Wolf J, Pfaff H. Determinants and patient-reported long-term outcomes of physician empathy in oncology: A structural equation modelling approach. *Patient Educ Couns* 2007;63-75.
- 38 Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med* 2011;86:359-364.
- 39 Del Canale S, Louis DZ, Maio V, Wang X, Rossi G, Hojat M et al.. The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Acad Med* 2012;87,1243-1249.
- 40 Rakel DP, Hoelt TJ, Barrett BP, Chewing BA, Craig BM, Niu M. Practitioner empathy and the duration of the common cold. *Fam Med* 2009;41(7):494-501.
- 41 Looi, JCL. Empathy and competence. *MJA* 2008;188,412-416.
- 42 Newton BW, Barber L, Clardy J, Cleveland E, O'Sullivan P. Is there a hardening of heart during medical school? *Acad Med* 2008;83:244-249.
- 43 Hojat M, Mangione S, Nasca TJ et al.. An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ* 2004;38:934-941.

- 44 Shapiro H. What is Empathy and can it be taught? In: Shapiro H, McCrea Curnen MG, Peschel E, St. James D (Hrsg.) *Empathy and the Practice of Medicine*. New Haven: Yale University Press 1993:7–16.
- 45 Newton BW, Savidge MA, Barber L, Cleveland E, Beeman G, Hart T. Differences in medical students' empathy. *Acad Med* 2000;75(12):1215.
- 46 Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med* 2009;84(9):1182-91.
- 47 West CP, Shanafelt TD. The influence of personal and environmental factors on professionalism in medical education. *BMC Med Educ* 2007;7:1–9.
- 48 West C, Huntington J, Huschka M, Novotny PJ, Sloan JA, Kolars JC, Habermann TM. A prospective study of the relationship between medical knowledge and professionalism among internal medicine residents. *Acad Med* 2007;82:587–592.
- 49 Rosen IM, Gimotty PA, Shea JA, Bellini LM. Evolution of sleep quantity, sleep deprivation, mood disturbances, empathy, and burnout among interns. *Acad Med* 2006;81:82–85.
- 50 Frank E, Carrera JS, Stratton T, Bickel J, Nora LM. Experiences of belittlement and harassment and their correlates among medical students in the United States: longitudinal survey. *BMJ* 2006;333:682.
- 51 Bellini LM, Baime M, Shea JA. Variation of mood and empathy during internship. *JAMA* 2002;287:3143–3146.
- 52 Bellini LM, Shea JA. Mood change and empathy decline persist during three years of internal medicine training. *Acad Med* 2005;80:164–167.
- 53 Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med* 2011;86(8):996-1009.
- 54 Chen DCR, Kirshenbaum DS, Yan J, Kirshenbaum E, Aseltine RH. Characterizing changes in student empathy throughout medical school. *Med Teach* 2012;34:305-311.
- 55 Kliszcz J, Hebanowski M, Rembowski J. Emotional and cognitive empathy in medical schools. *Acad Med* 1998;73:541.
- 56 Newton B, Barber L, Clardy J, Cleveland E, O'Sullivan P. Is there hardening of the heart during medical school? *Acad Med* 2008;83:244–249.
- 57 Hojat M, Gonnella J, Nasca T, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician Empathy: Definition, Components, Measurement and Relationship to Gender and Speciality. *Am J Psychiatry* 2002;159:1563-1569.
- 58 Hong M, Lee WH, Park JH, Yoon TY, Moon DS, Lee SM. Changes of empathy in medical college and medical school students: 1-year follow up study. *BMC Med Educ* 2012;12:122

- 59 Magalhaes E, Salgueira AP, Costa P, Costa MJ. Empathy in senior year and first year medical students: a cross-sectional study. *BMC Med Educ* 2011;11:52.
- 60 Austin EJ, Evans P, Magnus B, O'Hanlon K. A preliminary study of empathy, emotional intelligence and examination performance in MBChB students. *Med Educ* 2007;41: 684–689.
- 61 Colliver JA, Conlee MJ, Verhulst SJ, Dorsey JK. Reports of the decline of empathy during medical education are greatly exaggerated: a reexamination of the research. *Acad Med* 2010;85(4):588-93.
- 62 Satterfield JM, Hughes E. Emotion skills training for medical students: a systematic review. *Med Educ* 2007;41:935–941.
- 63 Stepien KA, Baernstein A. Educating for Empathy. A Review. *J Gen Intern Med* 2006;21:524–530.
- 64 Benbassat J, Reuben B. What is Empathy and how can it be promoted during clinical clerkships? *Acad Med* 2004;79:832-839.
- 65 Shapiro J, Hunt L. All the world's a stage: the use of theatrical performance in medical education. *Med Educ* 2003;37:922–927.
- 66 Dow AW, Leong D, Anderson L, Wenzel RP. Using theater to teach clinical empathy: A pilot study. *Society of General Internal Medicine* 2007;22:1114-1118.
- 67 Deladisma AM, Cohen M, Stevens A, Wagner P, Lok B, Bernard T et al.. Do medical students repond empathetically to a virtual Patient? *Am J Surg* 2007;193:756– 760.
- 68 Stevens A, Hernandez J, Johnsen K, Dickerson R, Raji A, Harrison C et al.. The use of virtual patients to teach medical students history taking and communication skills. *Am J Surg* 2006;191:806-811.
- 69 Kommalage, M. Using videos to introduce clinical material: effects on empathy. *Med Educ* 2011;45:508–535.
- 70 Schildmann J, Härlein J, Buchardi N, Schlögl M, Vollmann J. Breaking bad news: Evaluation study on self-perceived competences and views of medical and nursing students taking part in a collaborative workshop. *Support Care Cancer* 2006;4(11):1157-61.
- 71 Feighny KM, Monaco M, Arnold L. Empathy training to improve physician-patient communication skills. *Acad Med* 1995;70(5):435-6.
- 72 Lancaster T, Hart R, Gardner S. Literature and medicine: evaluating a special study module using the nominal group technice. *Med Educ* 2002;36:1071-1076.
- 73 DasGrupta S, Charon R. Personal illness narratives: using reflective writing to teach empathy. *Acad Med* 2004;79:351-356.

- 74 Winefield HR, Chur-Hansen A. Evaluating the outcome of communication skill training for entry-level medical students: does knowledge of empathy increase?. *Med Educ* 2000;34,90-4.
- 75 Henry-Tillmann R, Deloney LA, Savidge M, Graham JC, Klimberg VS. The medical student as patient navigator as an approach to teaching empathy. *Am J Surg* 2002;183:659–662.
- 76 Wilkes M, Milgrom E, Hoffmann JR. Towards more empathic students: A medical student hospitalisation experience. *Med Educ* 2002;36:528-533.
- 77 Latham L, MacDonald A, Kimbal AB, Langley RG. Teaching empathy to undergraduate medical students using a temporary tattoo simulating psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2012;67:93-99.
- 78 Bowyer MW, Hanson JL, Pimentel EA. Teaching Breaking Bad News Using Mixed Reality Simulation. *J Surg Res* 2010;159,462–467.
- 79 Klitzmann MD. Improving Education on Doctor–Patient Relationships and Communication: Lessons from Doctors Who Become Patients. *Acad Med* 2006;81:447–453.
- 80 Roberts LW, Warner TD, Moutier C. Are Doctors Who Have Been Ill More Compassionate? Attitudes of Resident Physicians Regarding Personal Health Issues and the Expression of Compassion in Clinical Care. *Psychosomatics* 2011;52:367–374.
- 81 Nestel D, Tierney T. Role-play for medical students learning about communication: Guidelines for maximising benefits. *BMC Med Educ* 2007;7:3.
- 82 Feighny KM, Monaco M, Arnold L. Empaty-Training to Improve Physician-Patient Communication Skills. *Acad Med* 1995;70(5):435-6.
- 83 Rees C, Sheard C, McPerson A. Medical students views and experiences of methods of teaching and learning communication skills. *Patient Educ Couns* 2004;54:119-121.
- 84 Bosse HM, Nickel M, Huwendiek S, Jünger J, Schultz JS, Nikendei C. Peer role-play and standardised patients in communication training: a comparative study on the student perspective on acceptability, realism, and perceived effect. *BMC Med Educ* 2010;10:27.
- 85 Lim BT, Moriarty H, Huthwaite M. “Being-in-role”: A teaching innovation to enhance empathic communication skills in medical students. *Med Teach* 2011;33:e663–e669.
- 86 Shield RR, Tong I, Tomas M, Besline RW. Teaching communication and compassionate care skills: An innovative curriculum for pre-clerkship medical students1. *Med Teach* 2011;33:e408–e416.
- 87 Hemmerdinger JM, Stoddort S, Lilford RA. A systematic review of tests on empathy in medicine. *BMC Med Educ* 2007;7:1-8.
- 88 Pedersen R. Empirical research on empathy in medicine- A critical review. *Patient Educ Couns* 2009;76(3):307-322.

- 89 Neumann M, Wirtz M, Bollschweiler E, Warm M, Wolf J, Pfaff H. Psychometrische Evaluation der deutschen Version des Messinstrumentes „Consulation and Relational Empathy“ (CARE) am Beispiel von Krebspatienten. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2008;58(1):5-15.
- 90 Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Cohen MJM, Gonnella JS, Erdmann JB et al.. The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and preliminary psychometric data. *Educ Psychol Meas* 2001;61:349-365.
- 91 Neumann M, Scheffer C, Lutz G, Wirtz M, Edelhäuser F. Physician empathy: Definition, outcome-relevance and its measurement in patient care and medical education. *GMS Z Med Ausbild* 2012;29(1):Doc11.
- 92 Thomas MR, Dyrbye LN, Huntington JL, Lawson KL, Novotny PJ, Sloan JA, Shanafelt TJ. How do distress and well-being relate to medical student empathy? A multicenter study. *J Gen Inter Med.* 2007;22(2):177-183.
- 93 Erpenbeck J, von Rosenstiel L (Hrsg.): *Handbuch Kompetenzmessung. Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis.* Stuttgart: Schäffer-Poeschel, 2003: S IX- XVII; sowie 2. Auflage 2007.
- 94 Krappmann, L: *Soziologische Dimensionen der Identität. Strukturelle Bedingungen für die Teilnahme an Interaktionsprozessen.* 5.Auflage. Stuttgart: Enke, 2005.
- 95 Euler D, Bauer-Klebl A. 'Sozialkompetenzen' als didaktisches Konstrukt. Theoretische Fundierung und Konsequenzen für die Curriculumfundierung. *Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik*, 2008.
- 96 *Großes Wörterbuch Psychologie. Grundwissen von A-Z.* München: Compact Verlag, 2005.
- 97 Wänke, M., Böhner, G. Einstellungen. In: Bierhoff H, Frey D (Hrsg). *Handbuch der Sozialpsychologie und Kommunikationspsychologie.* Göttingen: Hogrefe Verlag, 2006, 404-415.
- 98 Rosenberg MJ. An analysis of affective-cognitive consistency. In: Hovland C, Rosenber MJ (Hrsg). *Attitude organisation and change.* New Haven: Yale University Press, 1960.
- 99 Schiefele, U. Einstellung, Selbstkonsistenz und Verhalten. In: *Großes Wörterbuch der Psychologie.* München: Verlag für Psychologie, 4ff.
- 100 Meinfeld W. *Einstellung und soziales Handeln.* Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt, 1977.
- 101 Rothermund K, Eder A. Emotion und Handeln. In: *Handbuch der Allgemeinen Psychologie. Motivation und Emotion.* Göttingen: Hogrefe Verlag, 675ff.
- 102 Fishbein M, Ajzen I. Attitudes towards objects as predictors of single and multiple behavioral criteria. *Psychological Review*, 1974;81,59-74.
- 103 Aijzen I. *Attitudes, personality and behavior.* Milton Keynes: Open Unsiverstiy Press, 1988, 177ff.

- 104 Bierhoff HW. Psychologie hilfreichen Verhaltens. Stuttgart: Kohlhammer, 1990.
- 105 Fabry G. Medizindidaktik. Ein Handbuch für die Praxis. Bern: Huber, 2008.
- 106 Frank JR. The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better Standards. Better Physicians. Better Care. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada 2005.
- 107 Blomm BS. Taxonomie von Lernzielen im Kognitiven Bereich. Weinheim: Beltz, 1972.
- 108 Krathwohl DR, Bloom BS, Masia BB. Taxonomie von Lernzielen im affektiven Bereich. Weinheim: Beltz, 1975.
- 109 Kipper H. Lehrziele/Lernziele. In: Arndolds K, Sandfuchs U, Wiechmann, J (Hrsg). Handbuch Unterricht. 2. Auflage. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt, 2009, 140ff.
- 110 Krukemeyer MG. (Hrsg). Aus- und Weiterbildung in der klinischen Medizin. Didaktik und Ausbildungskonzepte. Stuttgart: Schattauer, 2012.
- 111 Weinert FE. Concept of Competence: A conceptual clarification. In: Rychen S, Ssalganik LH (Hrsg). Defining & selecting key competencies. Seattle: Huber, 2011, 53ff.
- 112 Kern DE, Thomas PA, Howard PM, Bass BE. Curriculum development for medical education – A six step approach. Baltimore: John Hopkins University Press, 1998.
- 113 Fabry G. Didaktik der Medizin. In: Krukemeyer MG (Hrsg). Aus- und Weiterbildung in der klinischen Medizin. Didaktik und Ausbildungskonzepte. Stuttgart: Schattauer, 2012. 9ff.
- 114 „Den Europäischen Hochschulraum verwirklichen.“ Communiqué der Konferenz der europäischen Hochschulministerinnen und -minister am 19. September 2003 in Berlin, unter http://www.bologna-berlin2003.de/pdf/Communique_dt.pdf
- 115 Bloch R, Bürgi H. The Swiss Catalogue of Learning Objectives. Med Teach 2002;24(2):144-150.
- 116 Metz JC, Verbeek-Weel AM, Huisjes HU. Blueprint 2001: Training of doctors in The Netherlands. Utrecht: NFU 2001.
- 117 The Scottish Deans' Medical Curriculum Group. Learning Outcomes for the Medical Undergraduate in Scotland: A foundation for competent and reflective practitioners. Edinburgh: University of Edinburgh, 2000.
- 118 Makgoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. Acad Med 2001;76(4):390-3.

- 119 Kulike K, Hilgers J, Störmann S, Hornung T, Dudziak J, Weinmann P, Johannink J. Kerncurriculum für die Medizinische Ausbildung in Deutschland: Ein Vorschlag der Medizinstudierenden Deutschlands. *GMS Z Med Ausbildung*. 2006;23(4):Doc58. Unter: <http://www.egms.de/static/pdf/journals/zma/2006-23/zma000277.pdf>
- 120 Kiessling C, Dieterich A, Fabry G, Hölzer H, Langewitz W, Mühlinghaus I, Pruskil S, Scheffer S, Schubert S. Basler Consensus Statement "Kommunikative und soziale Kompetenzen im Medizinstudium": Ein Positionspapier des GMA-Ausschusses Kommunikative und soziale Kompetenzen. *GMS Z Med Ausbildung*. 2008;25(2):Doc83. Unter: <http://www.egms.de/en/journals/zma/2008-25/zma000567.shtml>
- 121 <http://www.mft-online.de/lehre/nationaler-kompetenzbasierter-lernzielkatalog-medizin>
- 122 Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S. 2405), zuletzt geändert Artikel 4 der Verordnung vom 17. Juli 2012 (BGBl. I S. 1539). Unter: http://www.gesetze-im-internet.de/_appro_2002/BJNR240500002.html
- 123 Profil des Studiums der Humanmedizin an der RWTH Aachen. Unter: http://www.medizin.rwth-achen.de/cms/Medizin/Studium/Studiengaenge/Modellstudiengang_Medizin/~vhl/Ziele/
- 124 <http://www.mecum-online.de/de/studium/mecum/index.html>
- 125 Mortsiefer A, Rottloff T, Schmerlzer R, Immecke J, Ortmanns B, in der Schmitt, Altiner A, Karger A. Implementierung eines interdisziplinären Unterrichtscurriculums „Kommunikative Kompetenzen lehren und prüfen“ im vierten Studienjahr Humanmedizin (CoMed). *GMS Z Med Ausbildung* 2012;12(1):Doc6.
- 126 <http://hyg-serv-01.hyg.uni-heidelberg.de/heicumed/Lernzielkatalog.html>
- 127 http://www.charite.de/studium_lehre/studieren_an_der_charite/grundstaendige_studiengaenge/modellstudiengang_medizin/
- 128 <http://campusnet.charite.de>
- 129 <http://lernziele.charite.de/zend/studentenlernziele/index/studiengang/Reformstudiengang>
- 130 <http://lernziele.charite.de/zend/studentenlernziele/index/studiengang/Modellstudiengang>
- 131 Buckman R. *How To Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1992.
- 132 Baile WF, Buckmann R, Lenzi R, Gloger G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES – A six-step protocol for delivering bad news. *Oncologist* 2000;5:302-311.
- 133 Flick U. *Triangulation. Eine Einführung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 2004
- 134 Flick U. *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. 6. Auflage. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt, 2007.

- 135 Lamnek S. Gruppendiskussion. 2. Auflage. Stuttgart: UTB Verlag für die Wissenschaft, Stuttgart, 2005.
- 136 Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Verlag, 2008.
- 137 Bourdieu P. Verstehen In: Ders. et al. (Hrsg.). Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft. Konstanz: Universitätsverlag Konstanz, 1997.
- 138 Mayring P. Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim, Basel: Beltz Verlag, 2002.
- 139 Reinhoffer B. Lehrkräfte geben Auskunft über ihren Unterricht. Ein systematisierender Vorschlag zur deduktiven und induktiven Kategorienbildung in der Unterrichtsforschung. In: Mayring P, Gläser-Zikuda, M (Hrsg). Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse. Weinheim, Basel: Beltz Verlag, 2005.
- 140 Huber G, Mandl H (Hrsg). Verbale Daten. Eine Einführung in die Grundlagen und Methoden der Erhebung und Auswertung. Weinheim, Basel: Beltz Verlag, 1994.
- 141 Flick U. Stationen des qualitativen Forschungsprozesses. In: Flick U. Handbuch Qualitative Sozialforschung. München: Psychologische Verlags Union, 1991, 147-173.
- 142 <http://wahrnehmung.psychowissen.net/wahrnehmung/die-standard-fehler-der-wahrnehmung/index.htm>
- 143 Handbuch für Dozierende. Wintersemester 2008/2009. Kurs: Ärztliche Gesprächsführung 2 „Überbringen schlechter Nachrichten“ Unterricht am Krankenbett – Allgemeinmedizin. Charité Universitätsmedizin Berlin, Institut für Allgemeinmedizin.

8 Anhang

- Handout: Six Steps Protokoll [140]¹²⁵
- Handout: Schlechte Nachrichten überbringen [140]
- Fall: Motorrad [140]
- Interviewleitfaden

¹²⁵ Arbeitsmaterial für Dozierende des Instituts für Allgemeinmedizin, Charité Universitätsmedizin Berlin [140]

„Six-Step“-Protokoll zum Überbringen schlechter Nachrichten

HANDOUT FÜR STUDIERENDE

nach: Buckman, R.: How to Break Bad News, The John Hopkins University Press 1992, S.96-97

1. Vorbereitung des Gesprächs

Informationen vorbereiten (relevante Details der Krankengeschichte, Befunde überprüfen, Therapie und Prognose), Rahmen für das Gespräch klären (Wer wird anwesend sein? Wo und wann?)...

2. Vorwissen erfragen- Was weiß der/ die Patient/in?

Offene Fragen, aktives Zuhören, subjektives Krankheitsverständnis erfahren...

3. Informationsbedürfnis klären – Was will der/ die Patient/in wissen?

An Äußerungen anknüpfen, Fragen ermutigen, Ablehnen von Informationen akzeptieren...

4. Wissen und Informationen übermitteln

Gesprächsziel ankündigen (Informationen über Befunde); „Warnschuss“, schrittweise Nachricht/en überbringen, auf Verständlichkeit achten, Fortsetzung anbieten...

5. Gefühle und Reaktionen aufnehmen

Belastungsreaktion erwarten und zulassen (Weinen, Wut...), Ausbleiben von Emotionen klären, berechtigte Hoffnung verstärken, Unterstützung zusichern...

6. Planung des weiteren Vorgehens

Offene Fragen und Erwartungen klären, Konzept entwickeln, Konsens anstreben, Zusammenfassung, Terminabsprache

Schlechte Nachrichten Überbringen

Die folgende Übersicht enthält einige der wichtigsten Schritte, die beim Überbringen einer schlechten Nachricht zu bedenken sind:

HANDOUT FÜR STUDIERENDE

Vorbereitung:

Bereite dich gut auf das Gespräch vor. Informiere dich über relevante Details der Krankengeschichte, einschließlich der Untersuchungsbefunde und möglicher Optionen.

Kläre, wer beim Diagnosegespräch anwesend sein wird (Patient, Angehörige, Personal).

Entscheide wo und wann das Gespräch stattfinden soll, bereite den Raum entsprechend vor (ungestört, keine Unterbrechungen durch Telefon, Taschentücher).

Bringe Zeit und Ruhe für das Gespräch mit.

Das Gespräch:

Begrüße den Patienten (und eventuell anwesende Angehörige), versichere dich seines Namens und stelle dich vor.

Beginne das Gespräch, stelle den Kontakt zwischen allen Gesprächsbeteiligten her. Erkläre die Gründe für das Gespräch.

Erkundige dich über das Wissen und Verständnis des Patienten hinsichtlich der Krankheit und der bisherigen Untersuchungen, erkläre wo nötig.

Überbringe die Nachricht in einfachen klaren Worten. Sei aufrichtig, nicht beschönigend, ohne falsche Hoffnungen, aber nicht hoffnungslos.

Halte inne, erlaube die Aufnahme der Nachricht und Reaktionen.

Zeige Verständnis und tröste, wo angebracht, folge dem Patienten und Angehörigen in ihren Fragen und Reaktionen.

Lass Zorn, Ärger, Wut zu und streite nicht mit dem Patienten.

Bleib bei dem Patienten beziehungsweise kläre, ob sie/er für einen Moment allein (eventl. Mit den Angehörigen) bleiben möchte.

Das Ende des Gesprächs:

Signalisiere dem Patienten das Gesprächsende.

Fasse das Gespräch zusammen und vergewissere dich über das Verständnis des Patienten.

Erkundige dich nach den unmittelbaren Plänen des Patienten für die Zeit nach dem Gespräch. (Wohin geht er/sie nach dem Gespräch, gibt es jemanden den er/sie anrufen möchte?)

Vereinbare einen nächsten Gesprächstermin sobald wie möglich und organisiere einen Ansprechpartner für Notfälle (Telefonnummer mitgeben).

Sorge dich um deine Bedürfnisse nach dem Gespräch!

In Anlehnung an eine Übersicht von Dr. Annie Cushing, Senior Lecturer of communication skills an der St. Bartholomews and The Royal Medical School, London.

Fall „Motorrad“

Arzt/Ärztin

Du bist Chirurg in einem Unfallkrankenhaus. Vor drei Stunden wurde vom Notarzt im Schockraum ein/e 30-jährige/r MotorradfahrerIn übergeben. Neben einem Schädel-Hirn-Trauma und multiplen Frakturen wurde eine Blutung im Bauchraum sonographisch diagnostiziert. Der/die PatientIn ist daraufhin sofort laparotomiert worden. Aufgrund eines Aortenabrisses war die massive Blutung nicht zu stillen. Der/die Patient/in ist noch im OP verstorben.

Der/die PartnerIn ist von der Rettungsstelle einbestellt worden und sitzt im Warteraum.

Bei Fragen wende Dich bitte an die Dozierenden!

Angehörige/r

Du bist 27 Jahre alt und seit drei Jahren mit Deiner/m FreundIn zusammen. Seit kurzem wohnt Ihr in einer gemeinsamen Wohnung, in letzter Zeit habt Ihr Euch öfter über Kinder unterhalten.

Vor einer Stunde rief Dich die Rettungsstelle des nahe gelegenen Unfallkrankenhauses an. Es wurde Dir mitgeteilt, dass Dein/e FreundIn dort nach einem Motorradunfall eingeliefert wurde und Du so schnell wie möglich kommen sollst.

Nun sitzt Du nervös im Warteraum.

Bei Fragen wende Dich bitte an die Dozierenden!

Interviewleitfaden Gruppendiskussion mit Studierenden	
	<p>Fragestellung Ist Empathie lernbar? Verwirklichung haltungs- und einstellungsbezogener Lernziele im Medizinstudium am Beispiel des BBN.</p>
	<p>Forschungsfragen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Was lernen Studierende im Kurs BBN und inwiefern deckt sich dies mit dem Lernzielkatalog der Fakultät/ dem Baseler Konsensuspapier im Bereich der allgemeinen kommunikativen Kompetenzen und der Ärztin-Patientin-Beziehung? 2. Welche Fähigkeiten betrachten Studierende als notwendiges Handwerkszeug, um als Arzt/Ärztin gegenüber Patienten empathisch zu handeln? 3. „Standing in the patients shoes“ - Inwiefern verändert der Perspektivenwechsel durch Einnehmen der Patientenrolle im den simulierten Gesprächen die Sichtweise auf ärztliches Handeln?
Zeit	Inhalt
5 min	<p>Einleitung</p> <p><i>Vielen Dank, dass ihr euch bereit erklärt habt, an dieser Diskussionsrunde teilzunehmen. Mein Name ist Evelyn Zschocke und ich werde die Diskussion als Moderatorin leiten.</i></p> <p><i>Ich habe zu dieser Runde eingeladen, um von Euch zu erfahren, was ihr im Studium darüber lernt, wie man mit Patienten sprechen soll, besonders wenn es auch darum geht, dem Patienten Unangenehmes mitzuteilen. Speziell geht es dann um den Kurs „Überbringen schlechter Nachrichten“; ich möchte gerne wissen, was konkret ihr da gelernt und mitgenommen habt.</i></p> <p><i>Zum Schluss geht es noch einmal etwas konkreter darum, wie es für Euch war, auch die Patientenrolle einzunehmen.</i></p> <p><i>Dann wird die Zeit auch sicher schon fortgeschritten sein, und wir werden noch offene Fragen und Themen klären und die Runde dann abschließen.</i></p> <p><i>Können wir das so machen?</i></p> <p><i>Ich selbst habe den Kurs im 5.klinischen Semester absolviert, bin seit 2 Jahren Dozentin und seit 3 Jahren als studentische Mitarbeiterin organisatorisch verantwortlich für den Kurs „Überbringen schlechter Nachrichten“, kenne den Kurs also selbst ziemlich gut.</i></p> <p><i>Ich werde die Moderation dieser Runde übernehmen, gestattet mir also bitte, dass ich ggf. Nachfragen stelle und darauf achte, dass wir beim Thema und in der Zeit bleiben. Ich werde also inhaltlich nichts beitragen, sondern bin nur für die Form zuständig. Das Gespräch ist ein Gespräch unter Euch Teilnehmenden. Bitte achtet darauf, dass jeder zu Wort kommt und ihr Euch gegenseitig aussprechen laßt; so</i></p>

	<p><i>kann nicht nur jedeR seine Meinung angemessen zu Gehör bringen, sondern es macht es auch leichter die Daten auszuwerten. Einverstanden?</i></p> <p><i>Kurz zur Form: Teile des Gespräches werden als „Runde“ stattfinden, wo ich Euch alle konkret um eine Einschätzung bitte. Die meiste Zeit aber soll Diskussionen zur Verfügung stehen, wobei ich drei Schwerpunkte vorgeben werde. Zum Schluß soll dann noch Zeit sein, die Diskussionsergebnisse zu bündeln und ihr die Gelegenheit haben, Ergänzungen zu machen und offene Punkte anzusprechen.</i></p> <p><i>Habt ihr noch Fragen? Können wir anfangen?</i></p>
20 Cartoon „Good news“	<p>Thema 1: Kommunikative Kompetenzen im Medizinstudium</p> <p>1.1 Vorstellung/ Einleitung Bitte stellt Euch doch kurz der Reihe nach vor und sagt mir doch bitte in wenigen Sätzen, zu welchen Gelegenheiten in Eurem Studium ihr bisher etwas darüber lernen konntet, wie man mit Patienten über schwierige, traurige oder peinliche Themen sprechen kann! Wie wichtig findet ihr, dass diese Kompetenzen im Studium vermittelt werden, auch in Relation zur fächerbezogenen Ausbildung in den einzelnen medizinischen Disziplinen?</p> <p>1.2. Lernerfolge Kurs BBN Sprechen wir nun konkreter über den Kurs BBN, den ihr ja alle kürzlich absolviert habt. Was ist euch in Erinnerung, was habt ihr gelernt, welche neuen Erkenntnisse habt ihr gewonnen?</p>
	<p><i>Ich möchte nun das Gespräch ein wenig konkreter zu einer bestimmten ärztlichen Kompetenz leiten: Der ärztlichen Empathie. Empathie ist ja so ein Schlagwort, das in der Literatur und gerade auch in den Medien ganz verschieden verstanden und mit Bedeutung gefüllt wird. Eine sehr breite Definition von Empathie zum Beispiel geht davon aus, dass es vier verschiedene Ebenen gibt: Ebenen nach Mercer.</i></p>
20	<p>Thema 2: Empathie</p> <p>Noch einmal eine kurze Runde. In zwei Sätzen: Wodurch zeichnet sich Eurer Meinung nach ein empathischer Arzt/ eine empathische Ärztin aus?</p> <p>Kann und sollte die Befähigung zum empathischen Umgang mit PatientInnen überhaupt ein Ausbildungsziel im Medizinstudium sein? Und wenn ja, was habt ihr diebezüglich im Kurs BBN gelernt?</p>
Ausdruck Evaluationsergebnisse,	<p><i>Zentraler Bestandteil des Kurses BBN war ja, einmal die Rolle als Ärztin und einmal die der Patientin einzunehmen. Ich hatte Euch in Vorbereitung auf dieses Gespräch auch noch einmal die</i></p>

Rolle „Motorrad“	<i>Rollenbeschreibung einer Situation geschickt, die ihr sicher alle auch im Kurs selbst gespielt habt. Sollen wir die Rolle zur Vergegenwärtigung noch einmal kurz vorlesen?</i>
20	<p>Thema 3: Patientenrolle Noch einmal eine kurze Runde: Wie ist Eure persönliche Erfahrung mit der Patientenrolle? Gibt es Dinge, die ihr speziell in der Patientenrolle gelernt habt?</p> <p><i>In unseren Evaluationen sagen viele Eurer Komilitoninnen, dass die Patienterolle sinnvoll war, um die Bedürfnisse der Patienten besser zu verstehen und das diese Rolle die Wahrnehmung der eigenen Arztrolle verändert hat. Ein Teil der Studierenden hat die Patientenrolle aber er auch stark abgelehnt und viele Dozentinnen berichteten, dass Studierende die Rolle als unangenehm empfinden.</i></p> <p>Was sagt Ihr zu diesen Evaluationsergebnissen? Ist das Einnehmen der Patientenrolle sinnvoll bzw. was daran?</p>
5	<p>Schlussfrage</p> <p>Haben Sie noch ergänzend Vorschläge oder Wünsche an die Lehrpraxis der Charité, wie die Ausbildung im Bereich „Kommunikation mit Patienten“ verbessert werden kann? Gibt es vielleicht auch konkrete Rückmeldungen/ Verbesserungsvorschläge für den Kurs BBN?</p>
5	<p>Zusammenfassung/ Offene Fragen</p> <p><i>Zusammenfassung der Diskussion; eventuelle Nachfragen an die Diskussionsteilnehmer; Nachfragen, ob noch etwas vergessen wurde oder ein wesentlicher Aspekt noch ergänzt werden muss</i></p>
	<p>Abschluss</p> <p><i>Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme an diesem Gespräch und Ihre aufschlussreichen Diskussionsbeiträge. In Weiteren werden die Diskussionsbeiträge zusammengefasst und ausgewertet. Wenn Sie daran interessiert sind, möchte ich Ihnen die Ergebnisse gerne zukommen lassen. Des weiteren würde ich mich sehr freuen, wenn sie mir Ihre Zustimmung geben, Sie für Nachfragen, die vielleicht erst im Laufe der Auswertung entstehen, kontaktieren zu dürfen.</i></p>
	Ausgabe der Buchgutscheine (Unterschrift auf der Liste)

Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Evelyn Ute Zschocke, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Kann man Empathie lernen?

Ärztliche Empathie als Ausbildungsgegenstand im Medizinstudium.“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -www.icmje.org) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autor bin, entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Danksagung

Während der Entstehungszeit dieser Arbeit standen mit zahlreiche Menschen zur Seite, denen ich an dieser Stelle danken möchte:

Meiner Betreuerin Frau Dr. Anja Dieterich, die diese Arbeit mit viel Geduld über ihren langen Entstehungszeitraum mitgetragen und sie mit ihren Ideen, kritischen Nachfragen und Denkanstößen unterstützt hat. Herrn Professor Schwantes für die gewährte Forschungsfreiheit, das Einbringen zahlreicher hilfreicher Hinweise und wertvoller Anregungen und letztlich der Unterstützung dieser Arbeit bis zu ihrer Vollendung. Peter Arends stellvertretend für alle Mitarbeiterinnen und Dozentinnen des ÄGF 2, die mich immer wieder persönlich unterstützt und deren Einsatz und Begeisterung für die Lehre der ärztlichen Gesprächsführung überhaupt erst die Grundlage für diese Forschungsarbeit gelegt haben. Dr. Hanna Göhler, die mich am Institut für Allgemeinmedizin eingeführt und damit den Grundstein für mein Interesse an der ärztlichen Gesprächsführung gelegt hat. Den Studentinnen und Studenten des Wintersemesters 2008/2009, insbesondere meinen Interviewpartnern und -partnerinnen für ihre Diskussions- und Auskunftsbereitschaft. Frauke Dohle und Anke Krause stellvertretend für die Mitarbeiterinnen des Instituts für Allgemeinmedizin und insbesondere für ihre Übersicht bei praktischen und organisatorischen Fragen. Den Mitarbeiterinnen des Trainingszentrums für ärztliche Fertigkeiten der Charité für das Bereitstellen von Räumen und Technik für die Aufzeichnung der Interviews.

Meiner Freundin Anna Mucha für ihre Bereitschaft zum fortgesetzten Grübeln über das Wie und Wohin dieser Arbeit, die vielen gemeinsamen Kaffees zur Erholung und für ihre kompetente methodische Unterstützung. Christiane, Gaby, Ute, Hanna, Claudia und Franzi für ihre Hinweise und Hilfe beim Korrekturlesen und für ihre moralische Unterstützung im richtigen Augenblick.

Zu guter Letzt meiner Familie, den Freundinnen und Freunden und meinem Partner Thomas, die mir oft Mut gemacht und den Rücken frei gehalten haben.